

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT  
AGONISTICO  - NON AGONISTICO**

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

**LA SOCIETA' SPORTIVA** .....  
Sede Sociale: Via.....  
N°..... Città ..... C.A.P. ....  
Telefono..... Fax.....  
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva .....  
Codice Affiliazione Federale.....

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA  
AGONISTICA  - NON AGONISTICA**

**DELLO SPORT** .....

**Per l'ATLETA:**

COGNOME.....NOME.....  
Nato a ..... il .....  
Residente in ..... C.A.P. ....  
Via ..... N° .....  
Telefono .....

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE**

**AUTODICHIARAZIONE** Decreto n. 196/03 T.U. 2004

Il sottoscritto ..... (esercente la potestà genitoriale sul  
minore ..... ) dà il consenso alla  
effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

.....  
**IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVERE INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO  
DELLE MIE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISICHE, DELLE AFFEZIONI PRECEDENTI E  
DI NON ESSERE MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE  
MEDICO - SPORTIVE DI LEGGE. INOLTRE MI IMPEGNO A NON FARE USO DI DROGHE  
RICONOSCIUTE ILLEGALI E DO ATTO DI ESSERE STATO INFORMATO DEI PERICOLI  
DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI ALCOOL.  
ESPRIMO INOLTRE, AI SENSI DELLA ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL CONSENSO  
A TRATTARE I MIEI DATI, PERSONALI E SENSIBILI, PER LE FINALITÀ CONNESSE  
ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA/NON  
AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ E LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI  
SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.**

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

.....  
Data.....



**EVOLUTION IN  
REHABILITATION**

**CASTELLIRI**

www.kineticsportcastelliri.it

- Medicina dello Sport
- Fisioterapia/Riabilitazione
- Osteopatia/Podologia
- Neuropsicomotricità Infantile
- Assistenza Domiciliare e Telemedicina



**medical**  
g r o u p

Il Portale della Salute  
www.medicalgroupitalia.it

## DELEGA PER VISITA MEDICA SPORTIVA AGONISTICA E NON AGONISTICA PER MINORE

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
 Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ n. Tel \_\_\_\_\_

### SONO STATO DELEGATO

**Dal Genitore** \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
 Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ n. Tel \_\_\_\_\_  
 Documento d'identità \_\_\_\_\_

**Del minore** \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
 Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
 Documento d'identità \_\_\_\_\_

**AD EFFETTUARE LA VISITA MEDICO SPORTIVA PRESSO IL KINETIC SPORT CENTER  
 DI CASTELLIRI IL GIORNO \_\_\_\_\_**

### DA ALLEGARE FOTO DEL DOCUMENTO DEL:

- DELEGATO;
- DELEGANTE;
- DEL MINORE (SE IN POSSESSO).

Tale documentazione è necessaria al fine del rilascio del certificato.

Firma Delegante

Firma Delegato

**0775 1851077**

**prenotazioni@kineticsportcastelliri.it**

**Via Cona 86, 03030 Castelliri FR**

Aut.Reg.n. G16914 del 15/12/2023  
Dir.San. Dott. Alessandro Aceti O.d.M. FR n.3840

Per una prenotazione immediata **invia un messaggio**  
con il tuo nome e cognome e **sarai subito contattato**

**+39 347 84 79 344**



Scansiona e scopri tutti i nostri Servizi