



**RICHIESTA VISITA MEDICA – SPORTIVA PER IDONEITA' ALLA
PRATICA AGONISTICA (.....) – NON AGONISTICA (.....)**

L' ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA **Polisportiva Maristi**

Sede Legale: **Via Fratelli Maristi 2**

Città: **Giugliano in Campania (Na)** C.A.P. : **80014** email : info@polisportivamaristi.eu

Codice Fiscale: **95145630638** Partita Iva: **07011101214**

Codice Affiliazione CSEN: n° **32247**

Codice Affiliazione FIJLKAM: n° **15NA3189**

Codice Affiliazione OPES: n° **6345**

CHIEDE per il proprio ATLETA

COGNOME NOME.....

Nato a Il

Residente inC.A.P.....

ViaN°.....

Una visita Medico-Sportiva per la verifica dell'idoneità alla pratica sportiva

..... **AGONISTICA** **NON AGONISTICA** **Dello Sport**

..... *Prima Visita* *Rinnovo*

Giugliano in Campania il

Presidente a.s.d.

.....

Il SOTTOSCRITTO (esercente la patria potestà sul minore.....) dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità dichiara inoltre di : ai sensi dell'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 di cui alla specifica normativa in materia.

Firma del dichiarante o (per minori) dell' esercente la patria potestà.....