



# Volley Academy Civitavecchia

## 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 ASD VOLLEY ACADEMY CIVITAVECCHIA

Sede Sociale: STRADA PTOVINZIALE CIVITAVECCHIA-TOLFA, 2 Città: CIVITAVECCHIA C.A.P. 00053

Telefono: +39.388.166.6108 Codice Fiscale: 91076460582

Codice Affiliazione FIPAV: 120601366

Codice Affiliazione UISP: N4B0413

## CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA - NON AGONISTICA DELLO SPORT: PALLAVOLO

Per l'ATLETA: COGNOME ..... NOME .....

Nato a ..... il .....

Residente in ..... C.A.P. ....

Via ..... N° ..... Telefono .....

**ASD VOLLEY ACADEMY**

IL PRESIDENTE (M. T. ...)

St. Prov. Civitavecchia Tolfa 2

00053 CIVITAVECCHIA (RM)

P.IVA 14955851002 CF 91076460582

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.

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

Data .....

