

TEAM WRESTLING ISERA

P.zza Damiano Chiesa 1 – Isera – TN

Partita iva: 02639170220 - Cod. fisc. : 02639170220

Cod. Univoco: M5UXCR1

Email: wrestlingisera@gmail.com

CELL: 3318394424

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 TEAM WRESTLING ISERA A.S.D. Sede Sociale: Isera 38060 (TN), P.zza Damiano Chiesa N: 1
Telefono 3318394424 Codice Fiscale: 02639170220 – Partita IVA: 02639170220

CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

☐ AGONISTICA - ☐ NON AGONISTICA

dello sport: LOTTA GRECO ROMANA - LOTTA LIBERA - KARATE

Per l'ATLETA:

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

TIMBRO E FIRMA RESPONSABILE



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

Il sottoscritto (esercante 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.....

