

**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.....

## 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 F-MEDICAL GROUP  
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 487906**

[prenotazioni@f-medical.it](mailto:prenotazioni@f-medical.it)

Via Armando Fabi 41, 03100 Frosinone

Aut.Reg. n. G00817 del 25/01/2024

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

 **+39 370 32 51 275**



Scansiona il QRCode e scarica  
la guida dedicata all'assistenza  
sanitaria integrativa

Dir.San. Dott. Giovanni Cirillo O.d.M. FR n.995