

# DOTT. FABRIZIO MICHIELAN | Medico dello Sport

Studi: Via Ugo Ojetti, 16 (Montesacro Talenti) – Via dei Castani, 170/B (Centocelle)

## MODULO per RICHIESTA di VISITA MEDICA per IDONEITA' allo SPORT AGONISTICO o NON AGONISTICO

(D.M. 18.02.82, Circ.Min.San. 31.01.83, Circ. Reg. Lazio n.31 del 27.07.99)

La SOCIETA' SPORTIVA .....  
Indirizzo Sede Sociale: .....  
N. .... Città: ..... CAP .....  
Telefono: ..... Cell.: ..... EMail: .....  
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva: .....  
Codice d'Affiliazione Federale: .....

### CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA |  NON AGONISTICA dello Sport: .....  
per l'Atleta

COGNOME: ..... NOME: .....  
Luogo di nascita: ..... il .....  
Residente in: ..... CAP: .....  
Indirizzo: ..... N. ....  
Telefono: .....

TIMBRO e FIRMA  
del RESPONSABILE

### AUTODICHIARAZIONE (decreto n.196/03 T.U. 2004)

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

*Firma del dichiarante o (per i minori) di chi esercita la potestà genitoriale*

.....

Io sottoscritto dichiaro di aver esattamente informato il Medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, 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) di chi esercita la potestà genitoriale:*

.....

Data: .....