



La società sportiva ASD DIAMOND ROMA PALLAVOLO  
Sede sociale Via Monte Taburno 19 – 00139 ROMA  
Telefono 06 87193396 - 338 3107708  
E-mail info@diamondromapallavolo.it  
Codice Fiscale 96339760587  
Codice Affiliazione Federale FIPAV 12.060.0120 - REGISTRO CONI 5540

chiede VISITA MEDICO SPORTIVA per idoneità sportiva alla pratica AGONISTICA

dello sport **PALLAVOLO**  
( D.M. 18/2/1982; circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n: 31 Regione Lazio 27/7/1999) per l'atleta :

COGNOME ..... NOME .....

nata a ..... il .....

residente in ..... CAP.....

Via/Piazza ..... n° .....

Telefono.....

**A.S.D.**  
**DIAMOND ROMA**  
Il Presidente

Il sottoscritto ..... esercente la patria potestà sul minore  
.....dà il consenso alla pratica della PALLAVOLO agonistica e da il  
consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma .....

***Io sottoscritto dichiaro di aver 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 legge CODICE PRIVACY (D. Lgs. n. 196/03 e suoi successivi emendamenti), il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia della visita medico specialistica.***

***FIRMA del dichiarante (per minori esercente patria potestà).....***

***Data .....***