

Atleta: Cognome _____ Nome _____

Residenza/Domicilio _____ () Via _____ N° _____

Documento d'identità (atleta/genitore) C.I. n° _____ o patente _____

Codice Fiscale (Atleta) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Telefono _____ Indirizzo mail _____

Sport per cui è richiesta la visita: _____

CONSENSO INFORMATO MEDICINA DELLO SPORT

Io sottoscritto (Atleta) _____ nato/a a _____
il ___ / ___ / _____ chiedo di essere sottoposto alla seguente prestazione/procedura:

- VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA
 VISITA MEDICO SPORTIVA NON AGONISTICA

A tale proposito dichiaro di essere informato sulle caratteristiche della prestazione/procedura che mi è stata proposta ed alla quale mi voglio sottoporre, sulla modalità di esecuzione e sulle possibili alternative. È stato risposto esaurientemente a tutte le mie domande.

Autorizzo pertanto il Dr Roberto Calcagno ad eseguire la prestazione/procedura.

Firma del dichiarante (o genitore per atleti minorenni)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO E AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE

(ai sensi dell'articolo 23 del D. Leg.30 Giugno 2003, n. 196)

Il sottoscritto (Atleta) _____, reso edotto sui propri diritti, si esprime in merito all'informativa sopra dando il proprio libero consenso al trattamento elencato nell'informativa e autorizza Fisiodom SRL al trattamento e comunicazione dei dati personali, per le finalità indicate e per la durata strettamente necessaria.

Firma del dichiarante (o genitore per atleti minorenni)

AUTORIZZAZIONE A COMUNICARE I DATI

Qualora Lei fosse impossibilitato, autorizza la comunicazione dei suoi dati personali, anche sensibili, ai seguenti soggetti:

Società Sportiva/Altro: _____

DICHIARAZIONE DELL'ATLETA

Il sottoscritto dichiara di non essere stato in precedenza giudicato **NON IDONEO** e di **NON AVERE VISITE IN SOSPESO PRESSO ALTRE STRUTTURE ABILITATE ALLA MEDICINA SPORTIVA.**

Data _____

Firma del dichiarante (o genitore per atleti minorenni)