FISIODOM
centro medico e fisioterapico

**Atleta**: Cognome_____Nome _____

Residenza/Domicilio_____(___) Via _____N°_____

**Documento d'identità Atleta** C.I. n°_____

Se non in possesso, documento genitore: C.I. n°_____o Patente_____

(Cognome e Nome del genitore: _____)

**Codice Fiscale Atleta** |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

**Telefono** _____Indirizzo mail (facoltativo)_____

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 SPORTIVA AGONISTICA**
[__] **VISITA SPORTIVA NON AGONISTICA**
[__] **VISITA SPORTIVA NON AGONISTICA AD ALTO IMPEGNO CARDIOVASCOLARE**

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)

## 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)