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**

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)

FISIODOM SRL Via Cav. Vittorio Veneto, 29 - 36100 Vicenza - Tel./Fax +39 0444 570252 - C.F./P.I. 03682080241
fisiodom.vicenza@gmail.com - www.fisiodom.net