

# STAGIONE SPORTIVA 2023 – 2024

## RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT



AGONISTICO

NON AGONISTICO

(D.M. 18/02/1982; Circ. Min. Sanità 31/01/1983; Circ. n.31 Regione Lazio 27/07/1999)

Società Sportiva: U.S. Primavera Rugby a.s.d.  
Sede Sociale: Via Principe Amedeo 5/b, 00185 - Roma  
Codice Fiscale: 04204741005  
Codice F.I.R.: LARM 190191

### CHIEDE

L'effettuazione di una visita Medica sportiva per l'idoneità alla pratica della disciplina: **RUGBY**  
PER L'ATLETA

COGNOME ..... NOME .....  
NATO A ..... IL .....  
RESIDENTE A ..... C.A.P. ....  
VIA ..... N° .....  
CELL ..... E-MAIL .....

N.B. Per la visita di atleti minorenni è assolutamente necessaria la presenza di un genitore o tutore (con delega) esercente la patria potestà sul minore che, al momento della visita, deve compilare la parte sottostante:

Il sottoscritto ..... titolo potestà .....

Esercente la potestà sul minore .....

Dà il consenso alla effettuazione della visita medico sportiva e dei relativi accertamenti per la idoneità

FIRMA

.....

ESPRIMO INOLTRE, AI SENSI DELLA ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL CONSENSO A TRATTARE I MIEI DATI PERSONALI E SENSIBILI, PER LE FINALITA' CONNESSE ALLA PRATICASPORTIVA AGONISTICA, SECONDO LE MODALITA' DI CUI ALLA SPECIFICA NORMATIVA IN MATERIA.

FIRMA

.....

**ATTENZIONE:** IL GIORNO DELLA VISITA L'ATLETA DEVE PORTARE CON SE CAMPIONE DI URINE IN CONTENITORE STERILE PRESO AL MATTINO A DIGIUNO.

**U.S. Primavera Rugby a.s.d.**  
Via Principe Amedeo 5/B, 00185 Roma  
C.F. 04204741005

