



**Sci Club Aliski Racing Team**

Tel. 0691250286

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA  
(D.M. Sanità 18.02.1982)**

L'Associazione Sportiva Sci Club Aliski racing Team ASD  
con sede in Pomezia (RM)  
Via Tenna, 3  
Affiliata alla FISI Federazione Italiana Sport Invernali dal 01/10/2001 ed al CONI  
con codice n. **03200**

chiede per il proprio atleta \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
abitante a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport  
**SCI ALPINO , Slalom – Gigante - SuperG**

  
Firma del presidente e timbro della società

**SCI CLUB ALISKI  
RACING TEAM ASD**  
Il Presidente  
(MAURIZIO PARIS)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via / Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Chiede il rilascio della certificazione d'idoneità alla pratica AGONISTICA dello sport **SCI ALPINO**  
(Slalom – Gigante & Super G) per la partecipazione a titolo individuale a **COMPETIZIONE  
AGONISTICA / ATTIVITA' SPORTIVA**

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Atleta

Autodichiarazione decreto n° 196 / 03 T.U. 2004

Il Sottoscritto dà il consenso all'effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità

e dichiara 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 dò atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool. Esprimo inoltre, ai sensi dell'attuale legge sulla privacy il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica / non agonistica, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_