

L'atleta _____ C.F. _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n. _____
documento n. _____ rilasciato da _____
scade il _____

DATI DEL GENITORE PER ATLETI MINORENNI

Il sottoscritto (padre/madre/tutore) _____
documento n. _____ rilasciato da _____
scade il _____
tel. _____ e-mail _____

- ACCONSENTE alla pratica della disciplina sportiva _____
e alla effettuazione dei relativi accertamenti medici previsti per il rilascio del certificato di idoneità.
 AGONISTICA
 NON AGONISTICA

Data _____ Firma dell'atleta _____

Firma del genitore o tutore (per atleti minorenni) _____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda> o scansionando il QR code a margine.



DELEGA

Il sottoscritto _____ (padre/madre/tutore)
nato a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n. _____
impossibilitato ad accompagnare alla visita sportiva il figlio minorenni delega a sostituirlo il familiare
maggiorenne:

Il/la sig. _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n. _____
anche al fine di rendere una accurata anamnesi familiare e personale.

Data _____ Firma _____

DICHIARA DI RITIRARE IL LIBRETTO SANITARIO SPORTIVO ED IL CERTIFICATO

Data _____ Firma _____

RITIRO PER DELEGA

Delega il/la Sig. _____
identificato documento n. _____
rilasciato da _____ scade il _____

RITIRA il Libretto Sanitario Sportivo ed il certificato di idoneità

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. 445 /2000, sotto la propria personale responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dell'art. 76 del D. P.R. 445 /2000, e delle disposizioni del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

1. di aver smarrito il libretto di idoneità sanitaria per attività sportive n. _____ / _____
2. intestato a _____ rilasciato dall'ambulatorio di Medicina dello Sport _____ in data _____
3. di non essere mai stato giudicato NON IDONEO alla pratica agonistica dello sport
4. di avere/non avere, in passato, effettuato i seguenti accertamenti integrativi: ecocardiogramma, TEM, holter cardiaco, altro.

In fede, lì _____ Il dichiarante _____

**CONSENSO, DELEGA E
DICHIARAZIONI
PER L'ACCESSO
ALLA VISITA DI MEDICINA
DELLO SPORT E PER IL
RILASCIO/RINNOVO
DEL LIBRETTO E
RITIRO DEL CERTIFICATO
D'IDONEITÀ
(L.R. 35/2003)**



UFC/UOC
MEDICINA DELLO SPORT

Presidio

