

**RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' NON AGONISTICA**
(ai sensi dei D.M. 18/02/1982 - D.M. 24/04/2013 -D.M. 08/08/2014 e succ. circolari ministeriali)

- Al Medico Curante
- Al Pediatra
- Al Medico specialista in medicina dello sport

La società sportiva **NoAngels Rimini asd**, nella persona del responsabile **Callegarin Enrico**, con sede sociale in **via P. Marconi 78 - Rimini**, cellulare **3283662301**, email **info@noangels.it**, affiliata all'ente di promozione sportiva **U.I.S.P.** (Unione Italiana Sport per Tutti)

richiede la Visita Medico sportiva per l'idoneità alla pratica NON AGONISTICA

per l'atleta nato il

Dichiara sotto la propria responsabilità, la veridicità dei dati sopra riportati e che, in base alle normative federali, ai sensi dei Decreti Ministeriali del 24/04/2013 e 08/08/2014, l'atleta ha l'obbligo di legge di conseguire l'idoneità non agonistica ai fini del tesseramento, con le modalità previste nei citati decreti.

Distinti saluti.

Rimini,

Il Presidente
NoAngels Rimini a.s.d

**Certificato di idoneità alla pratica di
attività sportiva di tipo non agonistico**
(si prega di compilare ogni campo in maniera chiara e leggibile)

Sig.ra / Sig.....

Nata/o ail,

residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio, e scadrà il __/__/__

Luogo e data

Timbro e firma del medico certificatore

Spazio riservato all'atleta _____

Con riferimento al trattamento dei miei dati sensibili, come indicato nelle finalità dell'informativa che è stata fornita ai sensi dell'art. 13 2016/679, di cui sopra:

- acconsento
- non acconsento