



**ACCADEMIA NAZIONALE DI DANZA
ISTITUTO DI ALTA CULTURA**

Largo Arrigo VII n° 5 00153 – ROMA – tel. 06.5717621 fax 06/5780994

Alla Medicina dello Sport

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA
(D.M. 18.2.82)**

**L'ACCADEMIA NAZIONALE DI DANZA- ENTE PUBBLICO PRESSO IL MINISTERO DELL'ISTRUZIONE ,
UNIVERSITA' E RICERCA – ALTA FORMAZIONE ARTISTICA E MUSICALE , CON SEDE IN ROMA -
LARGO ARRIGO VII, N. 5 – CAP. 00153
CODICE FISCALE DELL'ENTE : 80210990588**

CHIEDE

Per l'allievo/a.....

Documento d'identità.....C.F.....

Nato/a.....il.....

Residente a.....Via/Piazza.....

Amnesso al Corso.....

Una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla Pratica agonistica della Danza.

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico a norma del D.M. 18.2.1982

Data _____



Il sottoscritto.....padre-madre-tutore del minore..... dà il consenso alla
pratica della specifica disciplina sportiva e all'effettuazione degli accertamenti sanitari di legge.

Firma

In caso di impossibilità da parte di ambedue i genitori ad accompagnare il figlio alla visita, gli stessi possono delegare un familiare maggiorenne che li sostituisca, al fine di rendere un'accurata anamnesi familiare e personale.

Il sottoscritto.....delega.....(relazione di parentela)
ad accompagnare il proprio figlio alla visita medica.

Firma e documento del delegante..... Firma e documento del delegato.....

Esprimo ai sensi del DEC/LGS 196/03, il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia. Presto il consenso affinché il medico sportivo possa comunicare direttamente al mio medico di famiglia informazioni sul mio stato di salute.
Firma del dichiarante (per i minori) dell'esercente la patria potestà