

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.

**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'IDONEITA'  
(L.R. 35/2003)**



**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 \_\_\_\_\_



UFC/UOC  
MEDICINA DELLO SPORT

Presidio  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_