

# RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

**La Società Sportiva** A.P.D. Antal Pallavicini

affiliata a:

- Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. FIP, FIGC Codice 57349
- Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. Centro Sportivo Italiano Codice 000031
- Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. Unione Italiana Sportper tutti Codice 18009492

Sede Sociale: Via Marco Emilio Lepido 194/10, Bologna - 40132 -

Telefono 0516418880 Fax 0516418884 Mail segreteria@antalpallavicini.org

## per il proprio atleta tesserato/da tesserare

cognome .....

nome.....

nato il ..... / ..... / .....

e residente nel comune di .....

## CHIEDE

La visita di idoneità sportiva non agonistica per lo **sport** .....

nuova iscrizione

rinnovo di certificato in scadenza il .....

*Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e Regolamento (UE) 2016/679 Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa*

Data della richiesta

.....

Timbro e firma del Responsabile della Società

