SCHEDA PRIVACY E DATI
DR. CIRILLO

Atleta: Cognome_____Nome _____

Residenza/Domicilio_____(____)Via_____n°_____

Documento d'identità Atleta C.I. n°_____

Se non in possesso, documento genitore: C.I. n°_____o Patente_____

(Cognome e Nome del genitore: _____)

Codice Fiscale (Atleta) |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Telefono _____Indirizzo mail _____

Sport per cui è richiesta la visita: _____

CONSENSO INFORMATO MEDICINA DELLO SPORT

Io sottoscritto (atleta)_____, nato/a a_____(___)

il ___/___/_____ chiedo di essere sottoposto a **VISITA MEDICO SPORTIVA NON AGONISTICA.**

A tale proposito dichiaro di essere informato sulle caratteristiche della prestazione/procedura che mi è stata proposta ed alla quale mi voglio sottoporre, sulla modalità di esecuzione e sulle possibili alternative. È stato risposto esaurientemente a tutte le mie domande.

Autorizzo pertanto il Dr Dario Cirillo ad eseguire la prestazione/procedura.

_____

Firma del dichiarante (o genitore per atleti minorenni)

FISIODOM SRL Via Cav. Vittorio Veneto, 29 - 36100 Vicenza - Tel./Fax +39 0444 570252 - C.F./P.I. 03682080241
fisiodom.vicenza@gmail.com - www.fisiodom.net