



Ospedale di Piove di Sacco - Via San Rocco, 8

Tel. 049 9718310 - fax 049 9718277 - mail: medicinasportpiov_ulss16@aulss6.veneto.it

**RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA
FINALIZZATO ALLA PARTECIPAZIONE AI CONCORSI**

Il sottoscritto

Nato a il

Residente in Via/Piazza..... n°.....

Comune/Città.....

Chiede

il rilascio della certificazione di Idoneità alla pratica AGONISTICA dello Sport

- ATLETICA LEGGERA** **NUOTO**

al fine di partecipazione al Concorso bandito da:

- Ministero della Difesa
- Accademia Militare
- Arma dei Carabinieri
- _____

Firma _____

Necessario presentarsi con copia del relativo bando di concorso.

AUTODICHIARAZIONE

(secondo quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 Documentazione Amministrativa)
e Informativa sulla Privacy Regolamento Europeo 679/2016 (e successive modifiche e/o integrazioni)

il sottoscritto dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di Idoneità ed esprime inoltre il consenso a trattare i suoi dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla sua richiesta di Idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive. Titolare del trattamento dei dati è l'ULSS6 Euganea.

Firma del dichiarante _____

Data _____