



**Ospedale di Camposampiero - Via Pietro Cosma, 1**  
Tel. 049 9324582 - fax 049 9324347 - mail: [medsport.csp@aulss6.veneto.it](mailto:medsport.csp@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 \_\_\_\_\_