

**AUTODICHIARAZIONE E CONSENSO**

**AL TRATTAMENTO DEI DATI**

data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COGNOME/ NOME …………………………………………………………………………**

**TELEFONO ………………………… e-mail …………………………..**

**SOCIETA’ ………………………………………………………………………………………**

**CATEGORIA …………………………………………………………………………………**

**PATOLOGIE PREGRESSE ……………………………………………………………………**

**PATOLOGIE NEGLI ULTIMI 2 MESI ………………………………………………………**

**FARMACI UTILIZZATI NEGLI ULTIMI 2 MESI ………………………………………..**

**Ai sensi del Regolamento UE del 2016/679 dichiaro di aver ricevuto informativa in sede di tesseramento ed esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente a fini di diagnosi e cura**

**Firma dell’atleta o chi fa legalmente le veci Firma del medico federale per presa visione**

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