DICHIARAZIONE CONSENSO CONSULTAZIONE DOCUMENTI MEDICI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____ nato a_____

il _____ _____**in qualità di genitore**/tutore (o di chi ne fa le veci)

dell'atleta _____, nato a _____

il _____,

AUTORIZZA

La dipendente Federale preposta, i classificatori ed il medico federale della Fipic, a consultare le proprie cartelle cliniche/certificati medici/certificati di disabilità e fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali (come previsto dal **Dlgs 196 del 30 giugno 2003**) finalizzati all'attribuzione della classificazione funzionale per la pratica della pallacanestro in carrozzina.

Luogo e data_____

Firma autografa_____

Data _____

Firma _____