DICHIARAZIONE CONSENSO CONSULTAZIONE DOCUMENTI MEDICI PERSONALI

Il Sottoscritto_____nato il _____a

_____, in qualità di Atleta

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_____