



MODULO DI ISCRIZIONE AL PROGRAMMA "MUOVERSI, LA OVERMEDICINA"

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____
Residenza e/o domicilio _____

Regione _____
Telefono _____
e-mail _____

Chiedo di iscrivermi al programma "Muoversi, la *Overmedicina*" presso la seguente Struttura di Medicina dello Sport (SMS) di:

A tal fine, dichiaro:

- di avere un'età compresa tra 65 e 80 anni;
- di condurre una vita sedentaria (muoversi poco durante la giornata)
- di soffrire di un problema del metabolismo (obesità, diabete, pressione alta, colesterolo alto) – specificare quale: _____
- di non avere controindicazioni mediche all'attività fisica (es. problemi cardiaci recenti, scompenso cardiaco, ipertensione non controllata, infezioni o febbre, gravi malattie respiratorie o metaboliche non compensate)

[*OPPURE*]

di avere le seguenti condizioni mediche da segnalare: _____

Io sottoscritto dichiaro, sotto la mia responsabilità, che i dati sopra riportati sono corretti e veritieri, nonché rispondenti ai criteri di inclusione ed esclusione richiesti per l'accesso al programma. Dichiaro altresì di aver preso visione dell'informativa rilasciata ex Artt. 13 e 14 del RGDP 679/2016 dalla FMSI e dalla struttura suindicata in qualità di Titolari del Trattamento.

Luogo, data _____

Firma del richiedente
