



Racing Medical Team

TORINO

PILOTA/PILOT

Cognome/Surname		Team	
Nome/Name		Numero Gara/Race Number	
Indirizzo/Address		Gruppo Sanguigno/Blood Group	
Sesso/Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso/Weight	Data Nascita /D.O.B.	Tel./Phone

SCHEDA MEDICA/MEDICAL FORM

Malattie pregresse / Past Medical Illness	Terapie in corso / Medications
Interventi chirurgici / Surgical operations	Traumi / Traumatic Injuries
Allergie / Allergies	In caso di necessità, contattare: In case of need, please contact:
Ulteriori informazioni / Further informations	Nome e indirizzo della persona da contattare nel proprio paese. Name and address of contact person in own country

LA PRESENTE SCHEDA DOVRA' ESSERE OBBLIGATORIAMENTE COMPILATA E RESTITUITA ALLA DIREZIONE DI GARA O AL RESPONSABILE DEL R.M.T.

THIS MEDICAL FORM HAVE TO BE ABSOLUTELY FILLED IN AND RETURNED TO THE RACE DIRECTION OR R.M.T. DIRECTOR

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AI SENSI DEGLI ARTICOLI 23-26 DEL D.L. 196/03

Io sottoscritto, _____

DICHIARO di esprimere in piena libertà il consenso al trattamento, da parte del Racing Medical Team, dei miei dati personali, sia per scopi amministrativi che sanitari.

AUTORIZZO in particolare il trattamento dei dati sensibili che mi riguardano e, soprattutto dei dati riguardanti il mio stato di salute di cui il Racing Medical Team sia venuto o venisse in futura a conoscenza. Resta inteso, che tale trattamento sarà comunque limitato all'esecuzione di attività strettamente connesse alle cure e alle prestazioni sanitarie che andrete a fornirmi.

E' esclusa ogni ipotesi di comunicazione o diffusione dei dati a terzi fatti salvi i soggetti operanti per il Racing Medical Team.

DATA / DATE	FIRMA / SIGNATURE
-------------	-------------------