

## **MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA DI VALUTAZIONE**

della compatibilità tra le risultanze dell'esame di alcuni parametri ematologici, quali ematocrito, reticolociti ed emoglobina, e la eventuale presenza di EPO nel campione di urina prelevato a Calciatori tesserati per Società della LNP, pubblicato sul C.U. n. 98/A del 7 novembre 2003 della F.I.G.C.

Io sottoscritto .....,  
Calciatore tesserato per la Società .....,  
nato a ..... il .....  
domiciliato in ....., via .....  
Tel. .... Fax .....  
E-mail ..... Documento di identità .....

dichiaro di essere stato informato dal Medico sociale sulle finalità del Programma in titolo e di aderire allo stesso e pertanto acconsento:

1. se ne ricorre l'occasione, all'effettuazione di un prelievo ematico sul quale eseguire gli esami previsti;
2. a rendere disponibili i dati acquisiti per il trattamento previsto dalle finalità Programma, nei limiti sanciti dalla legge n.675 del 31/12/96 e dal Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e per finalità scientifiche in forma rigorosamente anonima.

Dichiaro, ancora di essere stato preventivamente informato circa le finalità e le modalità del trattamento cui saranno destinati i miei dati personali e circa i soggetti e le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei dati medesimi.

In fede.

**Firma del Calciatore** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_  
(della persona esercente la potestà genitoriale sul minore tesserato)