

**RICHIESTA di VISITA MEDICA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA
PER ATLETI TESSERATI**

presso società sportive, enti di promozione sportiva, Federazioni Nazionali e D.S.A. affiliati al CONI
(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

La Società Sportiva

affiliata a Federazione Sportiva Nazionale CONI
 Ente di promozione sportiva - D.S.A. riconosciuta dal CONI

Codice Fiscale società

Codice Affiliazione Federale/E.N.P.S./D.S.A. N°

Sede sociale via n° Città

Telefono/Fax Posta elettronica

Chiede per il proprio atleta
VISITA MEDICO SPORTIVA per IDONEITÀ ALLA PRATICA
AGONISTICA - **NON AGONISTICA**

per la specialità sportiva

(dati atleta tesserato)

Cognome Nome

Nato a il

Residente a via n.

Telefono Posta elettronica

Codice Fiscale..... N° Tessera di Affiliazione

Prima affiliazione Rinnovo in scadenza il

TIMBRO E FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA SOCIETÀ SPORTIVA

Data _____

L'atleta (o l'esercente la potestà del minore)

N.B. Da allegare alla richiesta del Medico di M.M.G. o Pediatra di libera scelta se la prestazione è resa dall'ASP.