

RICHIESTA VISITA MEDICO SPORTIVA

La Società Sportiva (nome/ ragione sociale) _____, **codice fiscale:**
_____, **con sede legale ubicata in** _____ affiliata a:

- Federazione Sportiva Nazionale riconosciuta dal CONI (Affiliazione CONI n°del.....)
- Ente di Promozione Sportiva riconosciuta dal CONI (Affiliazione CONI n°del.....)
- Discipline Sportive Associate Riconosciute dal CONI (Affiliazione CONI n°del.....)

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a: _____ Il _____

Residente a : _____ Via _____

Visita medico sportiva per il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica sportiva AGONISTICA dello Sport _____

- Prima affiliazione
- Rinnovo
- Visita di controllo ai sensi dell'art.4 della L.R.35/2003

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico/non agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale o Ente di Promozione Sportiva riconosciuto.

Data

Timbro della società

Firma del Presidente

Da presentare al momento della visita medica:

1. Libretto sanitario sportivo (rinnovo)
2. Modulo per la richiesta di visita medico sportiva sottoscritto dalla società sportiva di appartenenza
3. Certificato o libretto di vaccinazione antitetanica
4. Risposta esame urine completo
5. Ricevuta pagamento ticket (se non esente)
6. Documento di riconoscimento in corso di validità
7. Tessera sanitaria