

## 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