

RICHIESTA VISITA MEDICINA DELLO SPORT

D.M. 18/2/1982 – DM 24/4/2013

Società Sportiva _____

Sede sociale _____ Via _____ N° _____

C.A.P. _____ Telefono _____

Codice Fiscale Società Sportiva _____

Codice Affiliazione Federale _____

Chiede Visita Medico Sportiva per idoneità

- agonistica**
 non agonistica

alla pratica dello Sport _____ **per l'atleta**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ C.A.P. _____ ASL _____ telefono _____

Via _____ N° _____

Codice Fiscale _____

Il giorno della visita è necessario portare:

- Referto analisi urine
- Richiesta medico per visita medico sportiva agonistica con esenzione "101" per i minori di anni 18
- Questa richiesta

**TIMBRO E FIRMA DEL
PRESIDENTE**

N.B. PER LA VISITA DI ATLETI MINORENNI È ASSOLUTAMENTE NECESSARIA LA PRESENZA DI UN GENITORE O TUTORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ

La parte sottostante deve essere compilata al momento della visita

Il sottoscritto _____ titolo potestà _____

Residente in _____ Via _____

Esercente la potestà sul minore _____

dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata e alla effettuazione dei relativi accertamenti.

Data _____

Firma _____