

## RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

(D.M. 18/02/1982; Circ. Min. Sanità n° 7 del 31/01/1983)

LA SOCIETA' SPORTIVA \_\_\_\_\_

Sede Sociale: Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva \_\_\_\_\_

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale \_\_\_\_\_

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto \_\_\_\_\_

dal |\_|\_| - |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_| con codice n. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA dello SPORT** \_\_\_\_\_

prima affiliazione

rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

### Per l'ATLETA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Domiciliato in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Codice Fiscale n. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Firma del presidente e timbro della società

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_