

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA  
NON AGONISTICA**  
(D.M. Sanità 18-2-1982)

DATA: \_\_\_\_\_ REGIONE: \_\_\_\_\_

La Società Sportiva \_\_\_\_\_

affiliata al \_\_\_\_\_

**Federazione Sportiva Nazionale**

**Ente di promozione sportiva riconosciuta dal CONI**

chiede per il proprio atleta

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tipologia di Documento D'Identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

ULSS N. \_\_\_\_\_ REGIONE \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport \_\_\_\_\_

In caso di minore, o in assenza di uno dei genitori, scrivere la delega nello spazio sottostante.

Da allegare anche la fotocopia della carta d'identità del richiedente.

\_\_\_\_\_ firma richiedente \_\_\_\_\_

Primo Accesso ☒

Rinnovo ☒

Firma del Presidente e Timbro della Società Sportiva \_\_\_\_\_