

RICHIESTA DI VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT PER IDONEITA' AGONISTICA
(D.M. 18-02-1982 NORME PER LA TUTELA SANITARIA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA)

SEZIONE PER I TESSERATI A SOCIETA' SPORTIVE

La società sportiva _____ Affiliata a:
Federazione sportiva nazionale del C.O.N.I.....Codice.....
Ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I.....Codice.....
Sede sociale: ViaCitta'
C.A.P.....Telefono/Fax.....
Email.....P.E.C.....

PER IL PROPRIO ATLETA TESSERATO:

Cognome: _____ Nome _____ Nato il _____
Residente in _____ N° Tessera associazione _____

CHIEDE

VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA PER LO SPORT _____
Nuova iscrizione SI NO se SI Rinnovo certificato in scadenza il.....
Data richiesta _____ Timbro e firma del Responsabile della società _____

SEZIONE PER I NON TESSERATI A SOCIETA' SPORTIVE

Il sottoscritto nato ila.....
Residente in Via.....
In qualita di Diretto interessato/genitore (tutore legale) del minore _____

CHIEDE

VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA PER LO SPORT _____
- Per partecipare a Titolo individuale a competizione agonistica
- Per partecipare a concorso (presso MINISTERO DELLA DIFESA Esercito, Marina; Carabinieri, Vigili del Fuoco etc....)
Data Richiesta _____ Firma _____