

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO**  
**(D.M. Sanità 18/02/1982 – L.R. 12/06/1987 n. 33)**

La Società sportiva \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_  
in Via / corso \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ codice fiscale / partita IVA \_\_\_\_\_  
affiliata a \_\_\_\_\_  Federazione Sportiva Nazionale: \_\_\_\_\_  Ente di promozione sportiva : \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che n.° \_\_\_ atleti, specificati nel seguente elenco, siano sottoposti a visita medico-sportiva per l'accertamento dell'idoneità alla pratica agonistica dello sport :

\_\_\_\_\_

La Società sportiva attesta che tali atleti sono qualificati agonisti secondo le determinazioni della rispettiva Federazione sportiva nazionale/Ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. ai sensi della circolare n.° 7 del Ministero della Sanità 31/03/1982 e delle successive disposizioni di legge e che i dati anagrafici e le ulteriori notizie riportate nell'elenco allegato rispondono a verità.

n.	Cognome e nome	Data e luogo di nascita	Residenza: città e indirizzo	Telefono	scadenza certificato	ASL dell'atleta
1.		/ /			/ /	
2.		/ /			/ /	
3.		/ /			/ /	
4.		/ /			/ /	
5.		/ /			/ /	
6.		/ /			/ /	
7.		/ /			/ /	
8.		/ /			/ /	
9.		/ /			/ /	
10.		/ /			/ /	

Firma del Presidente e Timbro della Società sportiva

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicare nominativo e telefono dell'incaricato dalla Società sportiva per gli aspetti organizzativi della visita: \_\_\_\_\_