

## RICHIESTA VISITA MEDICA

La scrivente Associazione/Società richiede:

Visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità sportiva alla pratica

AGONISTICA     NON AGONISTICA

dello sport \_\_\_\_\_

Prima affiliazione    Rinnovo    Visita di controllo

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Per il Signor \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

PAESE, 07/09/2016

Firma

\_\_\_\_\_

### Per i minorenni, da compilare a cura del genitore:

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_

dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti medici previsti per il rilascio del certificato di idoneità.

Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_