Azienda USL Toscana sud est
Servizio Sanitario della Toscana

U.F. Medicina dello Sport

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

(Legge Regione Toscana n°35 del 09/07/2003)

ALL'U.F. MEDICINA SPORTIVA

La Società Sportiva __ CAVALLINO _____ **affiliata a:**

Federazione Sportiva Nazionale
Ente Sportivo riconosciuto _FEDERAZIONE CICLISTICA ITALIANA _____

chiede per il proprio atleta |__|__|__|__|/|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|:
(codice assistito)

Cognome _____ **Nome** _____

nato a _____ **Prov.** _____ **il** _____/_____/_____

residente a _____ **Via** _____**n.** _____

una visita medico – sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica dello sport rientrante nella tabella ☐ **A o** X **B:**

☐ **prima affiliazione**

☐ **rinnovo**

☐ **visita controllo ai sensi dei punti d) ed e) all. 1 Tab. A del D.M. 18-2-82**

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

Firma del Presidente della Società

CAVALLINO
Associazione Sportiva Dilettantistica
Via dei Mori, 28 - 52044 Cortona (Ar)
P.IVA 01896800511

Data, _____/_____/_____

(timbro della Società)

SPAZIO PER IL MEDICO

DATA _____/_____/_____

All'Atleta è stato rilasciato certificato di idoneità N. _____