

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

del seguente sport: _____

La Società sportiva attesta che tali atleti sono qualificati ed impegnati quali agonisti secondo le determinazioni della rispettiva Federazione sportiva nazionale/Ente di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I., ai sensi della circolare n.° 7 del Ministero della Sanità 31/01/1983 (esplicativa del D.M. 18/02/1982) e delle successive disposizioni ministeriali, e che i dati anagrafici e le ulteriori notizie riportate nell'elenco allegato rispondono a verità.

n.	Cognome e nome	Data di nascita	Residenza: città e indirizzo	Telefono	scadenza certificato
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: _____