

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA
(D.M. 18-2-1982 – L.R. 15-12-1994, n° 94)**

La Società sportiva _____ affiliata a Federazione Sportiva

Nazionale _____ o ad Ente promoz. sportiva riconosciuto _____

CHIEDE

per il proprio atleta _____, nato/a a _____ (_____),

il _____, C.F. _____, residente in _____ (_____),

cap _____, via _____, una visita medico sportiva

e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA AGONISTICA dello sport _____

_____ prima affiliazione

_____ rinnovo

_____ visita di controllo ai sensi delle lett. D) ed E) delle note esplicative dell'alleg. 1 del D.M. 18-2-82 e dell'art. 5, comma 3, della L.R. 94/1994.

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi della determinazione della competente Federazione sportiva nazionale.

Luogo e data _____,

Timbro della Società
Firma Presidente Società
