

Firma del Presidente

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA

(D.M. Sanità 18.02.1982)

SI RICHIEDE

Per l'atleta	
Nato a	
Data di nascita/Residente a	
Via /n.°	
Codice Fiscale n. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Prima affiliazione [] Rinnovo []	
Data scadenza certificato precedente	
La visita di idoneità agonistica allo sport	
Indicare l'età MINIMA prevista dalle norme federali, anni :	
Il Richiedente	
Presidente della Società Sportiva	
Con sede intel	
Affiliata alla Federazione CONI/Ente promozionalecod. affil	
Dichiara sotto la propria responsabilità, la veridicità dei dati sopra riportati e che, in base alle norme federali, l'a classificato in una CATEGORIA AGONISTICA ed ha pertanto l'obbligo di legge di conseguire l'idoneità agonistica ai d desseramento. Si impegna a fornire, qualora richiesta, copia della normativa agonistica federale	
Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di leggi nell'ambitodel procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa	е,
Data / / Luogo	

Timbro della Società

All'atto della visita, l'atleta (se minorenne accompagnato da un genitore) dovrà presentarsi con **questo modulo**, il proprio **documento di identità**, referto **esame urine**, **impegnativa** del pediatra o del medico di medicina generale.