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 in_____tel._____

Affiliata alla Federazione CONI/Ente promozionale_____cod. affil._____

Dichiara sotto la propria responsabilità, la veridicità dei dati sopra riportati e che, in base alle norme federali, l'atleta è classificato in una CATEGORIA AGONISTICA ed ha pertanto l'obbligo di legge di conseguire l'idoneità agonistica ai fini del tesseramento.
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 legge, nell'ambitodel procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Data / / Luogo

Firma del Presidente 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.