

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER ATLETI AGONISTI**  
**Tesserati: minorenni, adulti, disabili**

La Società sportiva denominata \_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Affiliata a

Federazione Sportiva Nazionale \_\_\_\_\_

Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal CONI \_\_\_\_\_

Con il numero di iscrizione \_\_\_\_\_

Nella persona del suo Legale Rappresentante Sig. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE CHE L'ATLETA**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residente/domiciliato a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_

sia sottoposto a visita medico sportiva per l'accertamento dell'idoneità alla pratica agonistica dello sport  
(indicare quale): \_\_\_\_\_

presso la Vostra Struttura, secondo le normative vigenti.

La società sportiva attesta che tali atleti sono qualificati agonisti secondo le determinazioni della rispettiva Federazione Sportiva/Ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. (Circolare esplicativa ministero sanità del D.M.18/2/1982 e successive disposizioni di Legge), che i dati anagrafici e le notizie sopra riportate rispondono a verità e ne autorizza il trattamento ai sensi del D.lgs. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Presidente \_\_\_\_\_

***Per la prenotazione PRESENTARSI al CUP (ospedale Asti), dal lunedì al venerdì dalle 9,30 alle 15.00 o presso i Distretti Territoriali con il presente Modulo compilato in tutte le sue parti.***