

Richiesta di visita di Medicina dello Sport per idoneità agonistica

LR 15/2020 - DM 18 Febbraio 1982

La Società/Associazione Sportiva _____

affiliata _____ (Federazione Sportiva Nazionale / Ente di P.S. / Discipline Associate, afferente al CONI)

numero matricola di affiliazione _____

con sede Sociale in via _____ Città _____

CAP _____ Telefono / Fax _____

Email _____

PEC _____

PER IL PROPRIO ATLETA TESSERATO:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ C.F. _____

CHIEDE:

VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA PER LO SPORT _____

Si dà atto di essere informati che:

- ✓ la visita medica presuppone l'effettuazione di **esame urine** con data non anteriore a 30 giorni;
- ✓ i **minori di anni 18** (diciotto) dovranno essere **obbligatoriamente accompagnati** da uno dei due genitori (munito di doc. di riconoscimento);

Data ___/___/_____

(Timbro e firma Società/Associazione)