

Richiesta di visita di Medicina dello Sport per idoneità non agonistica

LR 15/2020 - DM 24 Aprile 2013

Il Sottoscritto _____

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

Residente a _____ in via _____

Documento di identità numero _____

In qualità di Diretto interessato

- genitore / tutore del minore _____

C.F. _____

CHIEDE:

per se per il minore

la VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA **NON AGONISTICA**

Si dà atto di essere informati che:

i minori di anni 18 (diciotto) dovranno essere **obbligatoriamente accompagnati** da uno dei due genitori (munito di doc. di riconoscimento)

Luogo _____ Data ___/___/_____

(Firma dell'atleta o del genitore del minore)