

RICHIESTA DI VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT PER IDONEITÀ:

☐ **AGONISTICA**

☐ **NON AGONISTICA**

(D.M. 18/02/1982 Norme per la tutela sanitaria delle attività sportive)

SEZIONE PER I TESSERATI CON ETÀ INFERIORE A 18 ANNI

La Società Sportiva/Scuola: UISP Comitato Territoriale di Ferrara ed Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. Codice Fiscale 93013900381

Sede Sociale: Viale Cavour 147, 44121 a Ferrara (Fe) Telefono 0532 907611 Fax 0532 907601

per il proprio atleta/studente

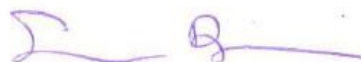
Cognome Nome

Nato il/...../..... e Residente nel comune di

data/...../.....

PRESIDENTE UISP FERRARA

Enrico Balestra



SEZIONE PER SOGGETTI CON ETÀ MAGGIORE DI 18 ANNI

Il sottoscritto: nato il/...../.....

residente nel comune di codice fiscale

in qualità di:

- diretto interessato
- tutore/amministratore di sostegno di

Per partecipare a TITOLO INDIVIDUALE ad ATTIVITA' AGONISTICA o ATTIVITA' NON AGONISTICA

data/...../.....

Timbro e Firma (Diretto interessato o Tutore)

.....

CHIEDE

la visita di idoneità sportiva per lo sport/disciplina:

- nuova iscrizione
- rinnovo di certificato in scadenza il:/...../.....

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'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.