

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA.**

(D.M. 18.2.1982 - L.R. 15.12.1994, n° 94)

la Società sportiva _____

affiliata a Federazione Sportiva Nazionale
Ente promoz. sportiva riconosciuto _____

CHIEDE

per il proprio atleta _____

nato/a _____ il _____

residente a: _____ Via _____

una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla **PRATICA
AGONISTICA** dello sport _____

prima affiliazione

rinnovo

visita di controllo ai sensi delle lett. D) ed E) delle note esplicative dell'alleg. 1 del
D.M. 18.2.82 e dell'art. 5, comma 3, della L.R. 94/1994.

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi
delle determinazioni della competente Federazione sportiva nazionale.

Data _____



Firma del Presidente
della Società
