

**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.....

Federazione Sportiva Nazionale

Affiliata a
Ente promoz. Sportiva riconosciuto

C H I E D E

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.

Timbro della Società
Data.....
Firma Presidente Società