



dal 1997

Ambulatorio di Fisiokinesiterapia
Medicina Sportiva di 1° livello
Direttore Sanitario Dott.ssa Cristina Cantoresi

MODULO 1 – TESSERATI A SOCIETA' / ASSOCIAZIONI SPORTIVE

Richiesta di visita di Medicina dello Sport per idoneità sportiva agonistica

(LR 15/2020 - DM 18 Febbraio 1982)

La Società/Associazione Sportiva _____
affiliata _____ (Federazione Sportiva Nazionale - Ente di P.S. - Discipline Associate,
affidente al CONI) numero matricola di affiliazione _____
con sede Sociale in via _____ Città _____
CAP _____ Telefono _____ / _____ 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)

Ai sensi del D.Lgs. 101/2018 (privacy) 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.