

REGIONE TOSCANA

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' AGONISTICA
(legge reg.Ie 09/07/03 n.35)**

La Società sportiva **ATLETICA SANGIOVANNESE 1967**
affiliata a : Federazione Sportiva Nazionale **F.I.D.A.L.** ed ente riconosciuto **UISP**

RICHIEDE

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 : **ATLETICA LEGGERA**

- Prima affiliazione
- Rinnovo
- Visita di controllo ai sensi dell'art.4 della L.R.35/2003

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

Data **Timbro della società** **Firma del Presidente**

----- *Atletica Sangiovese 1967* -----


Spazio riservato alla struttura sanitaria

Si dichiara che l'atleta..... documento n.....
rilasciato da il e visitato in data.....
con esecuzione di accertamenti previsti dal D.M.18.2.82(tipo A-tipo B) nonchè a
è stato dichiarato **IDONEO / NON IDONEO** Il predetto certificato ha validità di
con scadenza il.....

Firma dell'Atleta **timbro della struttura** **il Medico**