



Servizio di Ambulatori e Diagnostica  
MEDICINA DELLO SPORT  
v.le Europa Viareggio  
tel 0584/30885-387423  
Centro Accreditato n.10963 del 26.10.2016

Allegato A2

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA  
(Legge Regionale 09/07/2003 n°35)

Il C.O.N.I.....

CHIEDE

Per il proprio atleta.....

Nato a:.....il.....

Residente a:.....via.....

Ammesso alle fasi nazionali dei Giochi della Gioventù

Una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA AGONISTICA dello sport.....

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico a norma della L.R. 09/07/2003 n°35

Data..... | Timbro Del C.O.N.I.

Firma del delegato C.O.N.I.

.....