



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 A3

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

(Legge Regionale 09/07/2003 n°35)

Il Dirigente del Centro Servizio Amministrativo.....

CHIEDE

Per l' atleta.....

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

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

Ammesso alle fasi nazionali dei Campionati Studenteschi

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

Firma

.....