



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

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA
D.M. 28.02.1983 – L.R. 09/07/2003 n°35**

La Società sportiva.....
affiliata a Federazione Sportiva Nazionale/Ente Promozione Sportiva

.....

CHIEDE

per il proprio atleta.....
nato a.....il.....
residente in.....comune.....una visita medico
sportiva per il rilascio dell'attestato di idoneità alla **pratica non agonistica dello sport**
.....

/ / Prima affiliazione

/ / Rinnovo

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport non agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale o Ente di Promozione Sportiva riconosciuto.

DATA

TIMBRO E FIRMA

PRESIDENTE DELLA SOCIETA'