**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA**

**D.M. Sanità 18.2.1982**

**Circolare Ministero 31 gennaio 1983, n. 7 Prot. n. 500.3**

Regione Data

La Società sportiva Sede legale Via

Tel PEC

affiliata alla ꙱ Federazione Sportiva Nazionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ꙱ Disciplina Associata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ꙱ Ente di promozione sportiva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede per il proprio atleta**

COGNOME NOME

NATOA A IL

RESIDENTE A IN VIA

**UNA VISITA MEDICO SPORTIVAPER L’IDONEITA’ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRIMA AFFILIAZIONE ꙱ RINNOVO ꙱

, il

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma del Presidente e Timbro della Società sportiva**