



REGIONE PUGLIA

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M. SANITÀ 18-02-1982)

La Società/Associazione Sportiva _____
 con sede in _____ via _____ n° _____
 C.F. _____ P.IVA _____ tel./cell. _____
 e-mail _____ CEC-PAC/PEC _____
 affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale e/o all'Ente di Promozione Sportiva
 _____ riconosciuto _____ dal CONI,

CHIEDE

per il proprio atleta _____ nato il _____
 a _____ e
 residente a _____ Prov. _____
 alla via _____ n° _____, CF _____
 una visita medico-sportiva per la verifica dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica dello sport

☐ prima visita

☐ visita successiva

Data _____

 Firma del Presidente e timbro della Società

NOTE

- All'atto della visita l'atleta deve esibire un documento di riconoscimento in corso di validità.
- L'atleta deve presentarsi alla visita con abbigliamento comodo e scarpe da ginnastica.
- **La presente richiesta, compilata in tutte le sue parti, non può essere presentata prima di gg. 30 dalla scadenza del precedente certificato.**
- **Non possono essere compilate più richieste per lo stesso atleta e per la stessa specialità sportiva nel corso degli 11 mesi successivi alla visita.**