Azienda USL Toscana sud est
Servizio Sanitario della Toscana

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. Sanità 18/02/1982 – L.R. 09/07/2003 n°35)

La Società sportiva ..UNIONE POLISPORTIVA TAVARNELLE ASD APS

Codice fiscale.....94067760481

affiliata a Federazione Sportiva Nazionale / Ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI UISP|FIP|FITP|FIK|CSI|FISDIR

CHIEDE per il proprio atleta

Cognome..... Nome.....

Nato a..... Il.....

Residente a..... Via.....n°.....

una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica

dello sport.....

☐ prima affiliazione

☐ rinnovo

☐ visita di controllo ai sensi delle lett. D) ed E) delle note esplicative dell'alleg. 1 del D.M. 18/02/1982 e dell'art. 5, comma 2 della L.R. 35/2003

Si dichiara che:
- l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione sportiva nazionale.

- l'atleta rientra nell'età minima di accesso alla pratica agonistica ai sensi delle determinazioni della competente Federazione sportiva nazionale.

Data..... Timbro della Società Firma presidente Società

UNIONE POLISPORTIVA TAVARNELLE U.P.T.

.....