

Struttura Medicina dello Sport

Via Pacinotti 38 – 15121 Alessandria

Alessandria, _____

**Richiesta di visita medico sportiva per l'idoneità
alla pratica agonistica
(D.M. Sanità 18/02/1982)**

DATA COMUNE REGIONE

SOCIETA' SPORTIVA

AFFILIATA AL
(federazione sportiva nazionale o ente riconosciuto dal CONI)

INDIRIZZO

Chiede per il proprio atleta sottoelencato visita medico sportiva ad attività AGONISTICA

COGNOME NOME

NAT A IL

RESIDENTE A VIA/PIAZZA/N°

CODICE FISCALE ASL

DOCUMENTO D'IDENTITA'

SPORT PER CUI E' STATA RICHIESTA LA VISITA

PRIMA AFFILIAZIONE (NO) (SI) RINNOVO (allegare ultimo certificato)

N.B. orario ritiro referti: dal lunedì al venerdì, dalle ore 10.30 alle ore 11.30
Il certificato verrà consegnato entro 5 gg. dalla data della visita o dalla data della consegna degli esami eventualmente richiesti.

LA RICHIESTA DI RINNOVO NON PUO' ESSERE PRESENTATA PRIMA DI 30 GG. DALLA SCADENZA DEL CERTIFICATO PRECEDENTE.

IL PRESIDENTE
(timbro e firma)