



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

Allegato A1

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

(Legge Regionale 09/07/2003 n°35)

La Società sportiva..... **Cgc Capezzano Pianore 1959** .....

Affiliata a :  Federazione sportiva Nazionale  Ente Promoz. Sportivo riconosciuto

CHIEDE

Per il proprio atleta.....

Nato a:..... il.....

Residente a:..... via.....

Una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA AGONISTICA dello sport .....

// prima affiliazione

// rinnovo

// visita di controllo ai sensi delle lettere D ed E delle note esplicative dell'allegato 1 del DM 18.2.82 e dell'art.4 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.

Data.....

Timbro  
della  
Società

Firma del Presidente della Società

