

## CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT VIAREGGIO - VERSILIA

### Associazione Professionale Medico Sportiva di Viareggio

Struttura istituzionalmente accreditata con decreto della Regione Toscana n°4668 del 0/08/2005

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

D.M. 18.02.1982 – L.R. 09.07.2003 n° 35

La Società sportiva.....

affiliata Federazione Sportiva Nazionale  
Ente Promozione Sportiva .....

#### CHIEDE

per il proprio atleta.....

nato a..... il.....

residente a ..... Via..... N°.....

Comune..... Provincia .....

una visita medico sportiva per il rilascio dell'attestato di idoneità alla **pratica agonistica** dello sport.....

- Prima affiliazione
- Rinnovo
- Visita di controllo ai sensi delle lettera D ed E delle note esplicative dell'allegato 1 del D. M. 18.02.82 e dell'Art. 4 L.R. n°35 del 09/07/2003

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale o Ente di Promozione Sportiva riconosciuto.

DATA .....

TIMBRO E FIRMA  
PRESIDENTE DELLA SOCIETA'