



# Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità  
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. \_\_\_\_\_

## RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA NON AGONISTICA (D.M. Sanità 24/04/2013)

La società sportiva \_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale / Ente Sportivo \_\_\_\_\_

Chiede per il proprio atleta \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Abitante a \_\_\_\_\_

Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica **NON** agonistica dello sport

Prima affiliazione

Rinnovo

**ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO / TESSERA SANITARIA E/O CODICE FISCALE**

**DELEGA PER MINORI NON ACCOMPAGNATI DA UN GENITORE**

IO SOTTOSCRITTO / A \_\_\_\_\_

NUMERO DOCUMENTO C. IDENTITA' E / O PATENTE \_\_\_\_\_

NELLA QUALITA' DI GENITORE DELEGO IL / LA SIG. / SIG<sup>RA</sup> \_\_\_\_\_

NUMERO DOCUMENTO C. IDENTITA' E / O PATENTE \_\_\_\_\_

AD APPORRE LA PROPRIA FIRMA SULLA SHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA

DATA \_\_\_\_\_

IN FEDE \_\_\_\_\_