

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**  
(D.M. 18.2.82)

Data \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_

La Società Sportiva \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale \_\_\_\_\_

o Ente di Promozione Sportiva \_\_\_\_\_

riconosciuta dal CONI,

chiede per il proprio atleta \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Una visita medico- sportiva per l' idoneità alla pratica agonistica dello sport \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

prima affiliazione

rinnovo

Il Presidente \_\_\_\_\_

firma e timbro

Alla presente richiesta bisogna allegare l'ultimo certificato di idoneità medico-sportiva.  
La richiesta non può essere presentata prima di 30gg dalla scadenza del certificato precedente