



U.O.C. Medicina dello Sport

**MODULO RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER L'IDONEITA'
ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA**
(DM 18/02/1982 - DM 04/03/1993 - LR n° 35 del 06/07/2003)

All. n. 1B Rev. 1

Pubblicato il 05/05/2023
Prescrittivo da 20/05/2023

La Società Sportiva (nome/ ragione sociale) asd pallavolo camaiole denominata Upc Volley

codice fiscale: 01315510469, con sede legale ubicata in via selvette 23 55041 camaiole

affiliata a:

☒ Federazione Sportiva Nazionale FIPAV COD. AFFILIAZIONE 100500039

☐ Ente di Promozione Sportiva riconosciuto _____

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

☐ Visita medico sportiva per il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica sportiva AGONISTICA dello sport:

☐ Prima affiliazione

☐ Rinnovo

☐ Visita di controllo ai sensi 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
A.S.D. CAMAIORE PALLAVOLO
55041CAMAIORE (LU)
Cod. Fisc. e Part. Iva 01315510469

Firma del Presidente

Da presentare al momento della visita medica:

1. Libretto sanitario sportivo (rinnovo)
2. Modulo per la richiesta di visita medico sportiva autenticato dalla società
3. Certificato o libretto di vaccinazione antitetanica
4. Risposta esame urine completo