



Servizio di Ambulatori e Diagnostica
MEDICINA DELLO SPORT
v.le Europa Viareggio
tel 0584/30885-387 423
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..... **A.S.D. PALLAVOLO CANAIORE**

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 **PALLAVOLO**

// 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

A.S.D. CANAIORE PALLAVOLO
Firma del Presidente della Società
ASD CANAIORE (L)
Cod. Fisc. e Part. Iva 01215610469