Azienda USL 7 Siena
Servizio Sanitario della Toscana

Azienda Sanitaria delle Zone:
Senese, Alta Val d'Elsa,
Val di Chiana Senese, Amiata Val d'Orcia

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification
N° IT230979

Dipartimento di Prevenzione
U.F. Medicina dello Sport

✉ Strada del Ruffolo, 4 - 53100 Siena - ☎ **TEL. 0577-536074 - FAX 0577-536698 @** e-mail: *medsportsiena@usl7.toscana.it*

Mod. 3284 USL

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M. 18 Febbraio 1982)

ALL'U.F. MEDICINA SPORTIVA

La Società Sportiva ……affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale ……..
Ente Sportivo riconosciuto

chiede per il proprio atleta |_|_|_|_|_|,|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|:
(codice assistito)

Cognome …….. Nome ……..

nato a …….. Prov. …….. il ……..……

residente a ……...…… Via ……..……..n. ……

una visita medico – sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica dello sport

rientrante nella tabella ☐ A o ☐ B:

……..……

☐ prima affiliazione

☐ rinnovo

☐ visita controllo ai sensi dei punti d) ed e) all. 1 Tab. A del D.M. 18-2-82

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

Firma del Presidente della Società

Data, ……... **……**

(timbro della Società)

SPAZIO PER IL MEDICO

DATA ….. / ….. / ……..

All'Atleta è stato rilasciato certificato di idoneità N. ……..