

# RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

D.M. Sanità 18.2.1982

Circolare Ministero 31 gennaio 1983, n. 7 Prot. n. 500.3

Regione \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
La Società sportiva \_\_\_\_\_ Sede legale Via \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
affiliata alla  Federazione Sportiva Nazionale \_\_\_\_\_  
 Disciplina Associata \_\_\_\_\_  
 Ente di promozione sportiva \_\_\_\_\_

**chiede per il proprio atleta**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

**UNA VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT**

PRIMA AFFILIAZIONE

RINNOVO

, il

---

**Firma del Presidente e Timbro della Società sportiva**