



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

MEDICINA DELLO SPORT

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER ATLETI TESSERATI presso società sportive ed enti di promozione sportiva affiliati al CONI

La Società Sportiva

Affiliata a:

☐ Federazione sportiva nazionale CONI Codice _____

☐ Ente di promozione sportiva riconosciuta dal Coni Codice _____

Sede sociale via _____ Città _____

CAP _____ Tel. _____ Fax _____

Chiede

Per il proprio atleta

☐ Dilettante ☐ Professionista

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Il _____

Residente in _____ via _____ N° _____

Codice fiscale _____

Tipo di documento di identità _____ N° _____

☐ **UNA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA**

dello Sport _____ Specialità _____

Prima affiliazione _____ Rinnovo di certificato in scadenza il _____

☐ **UNA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA NON AGONISTICA**

Firma dell'atleta
o del genitore se minore

Firma del Presidente della
Società Sportiva

Timbro della società

Data _____