

<b>Policlinico Triestino</b> S.p.A.	<b>MODULO</b>
	<b>RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA</b>

**La Società Sportiva** \_\_\_\_\_  
 con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Tel. n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 nella persona del suo legale rappresentante sig./ra \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_, affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale \_\_\_\_\_ e/o all'Ente di  
 Promozione Sportiva Riconosciuto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con codice n° \_\_\_\_\_  
 dichiara che i sotto elencati atleti dilettanti praticano sport agonistico per l'anno \_\_\_/\_\_\_ e **CHIEDE** che vengano  
 sottoposti a visita medica di idoneità agonistica per lo sport:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENZA (COMUNE)	CODICE FISCALE	SCADENZA CERTIFICATO*

Sotto la mia personale responsabilità dichiaro che le notizie anagrafiche e la qualifica agonistica di cui all'elenco sopra riportato rispondono a verità.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del presidente e timbro della società

\_\_\_\_\_

\* In caso di prima visita indicare "1ª visita"