

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

per l'idoneità alla pratica agonistica degli atleti residenti in Regione Liguria

Il presente modulo deve essere presentato compilato al momento della prenotazione e della visita. Lo stesso dà diritto alla gratuità della prestazione secondo quanto previsto dalle normative vigenti.

Le prenotazioni dovranno essere effettuate agli sportelli abilitati del CUP Liguria o chiamando i numeri 0105383400 - 800098543

La Società _____ SCMDC TEAM AD _____

affiliata alla Federazione/ EP _____ FISI FEDERAZIONE ITALIANA SPORT INVERNALI _____

chiede per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

La visita medica per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica dello Sport:

- Prima visita
- Rinnovo

Timbro della Società Sportiva e firma del Presidente



Alessandro Bondino
Via Monte Spinale 16 - 38086
Madonna di Campiglio
PI-cf: 02097140228

Li _____

I minori devono essere sempre accompagnati da un genitore o da chi esercita la patria potestà con documento d'identità valido.

E' necessaria la tessera sanitaria e un documento di identità dell' atleta.

Il Certificato può essere rinnovato non prima di 1 mese della scadenza del certificato precedente.

Si ricorda di portare le urine del mattino almeno 7 gg. prima della visita consultando sedi e orari dei centri di Medicina sportiva sul sito ASL 3 Genovese (www.asl3.liguria.it).

Portare eventuali documenti sanitari riguardanti malattie, traumi, ricoveri allergie etc..