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

(D.M. SANITA' 18/02/82)

DATA: ____/____/_____

REGIONE LAZIO

La Società Sportiva: **A.S.D. VILLA DE SANCTIS**
Sede sociale: **Via dei Gordiani 5 – 00177 ROMA**
Telefono e Fax: **06.2428295** Codice Fiscale e P.IVA : **06322801009**

Affiliata alla Federazione Nazionale di Atletica Leggera FIDAL con Codice di Affiliazione RM032

chiede per il proprio atleta:

Cognome:_____ nome:_____

nato a: _____ il: _____

residente in:_____ via:_____ n°:_____

telefono:_____ A.S.L.:_____

Codice Fiscale:_____ Codice Regionale Sanitario:_____

Una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport: **ATLETICA**

A.S.D.Villa De Sanctis
(Il Presidente)
Adalberto Sabatella

NOTA BENE:

- Compilare il modulo in **tutte le sue parti**;
- Il giorno della visita portare con se:
    1. documento di identità:
    2. referto esame urine;
    3. libretto sanitario;
    4. tesserino codice fiscale;
    5. impegnativa per visita medico-sportiva agonistica (eventualmente con cicloergometro)