



Dipartimento di Prevenzione
Certificazione UNI EN ISO 9001:2015

U.O.C. Medicina dello Sport

Direttore ff Dr. Carmine Di Muro

MODULO RICHIESTA DI VISITA MEDICA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

(DM 18/02/1982 – DM 04/03/1993 – LR n° 35 del 06/07/2003)

All. n. 1B Rev. 1

Pubblicato il 05/05/2023

La Società Sportiva (nome/ ragione sociale) A.S.D. PORCARI VOLLEY

codice fiscale: P.I. 02471330460, **con sede legale ubicata in** VIA DIACCIO 105 - 55016 - PORCARI (LU)

affiliata a:



Federazione Sportiva Nazionale CONI/FIPAV



Ente di Promozione Sportiva riconosciuto _____

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

☒ Visita medico sportiva per il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica sportiva AGONISTICA dello sport:
PALLAVOLO

☐ Prima affiliazione

☐ Rinnovo

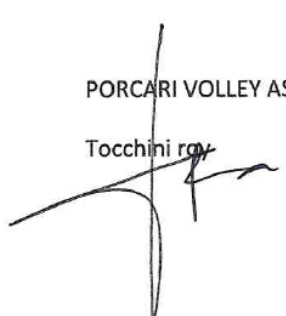
☐ Visita di controllo ai sensi dell'art. 4 della L.R. 35/2003

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Data

Timbro della società

PORCARI VOLLEY ASD

Tocchini 

Da presentare al momento della visita medica:

1. Libretto sanitario sportivo (rinnovo)
2. Modulo per la richiesta di visita medico sportiva autenticato dalla società
3. Certificato o libretto di vaccinazione antitetanica
4. Risposta esame urine completo
5. Documento di Identità dell'atleta