

**Ospedale di Conselve - Via V. Emanuele II**  
**Tel. 049 9598160 – mail: [medsport.conselve@aulss6.veneto.it](mailto:medsport.conselve@aulss6.veneto.it)**

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA**  
(D.M.Sanità 18-2-1982)

data .....

LA SOCIETÀ SPORTIVA ..... Codice federale .....

AFFILIATA AL (\*) FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE  .....

ENTE DIPROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTO DAL CONI  .....

CHIEDE PER IL PROPRIO ATLETA .....

DOCUMENTO IDENTITÀ ..... N. ....

NATO A ..... IL .....

RESIDENTE A ..... VIA .....

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

DELLO SPORT ..... CATEGORIA .....

PRIMA AFFILIAZIONE

ATLETA DILETTANTE

RINNOVO

ATLETA SEMIPROFESSIONISTA

ATLETA PROFESSIONISTA

CERTIFICATO DI IDONEITÀ PRECEDENTE RILASCIATO il .....

.....  
firma del presidente timbro della società

Vaccinazione antitetanica  SI  NO

(\*) barrare con X se Federazione o Ente e indicare la relativa sigla