



**Sede Distrettuale Piazzola sul Brenta - Via Contarini, 59**  
Tel. 049 9697135/7131 - fax 049 9697124 - mail: [medsport.psb@aulss6.veneto.it](mailto:medsport.psb@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 A (\*) 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