

Unità Funzionale Medicina dello Sport

Zona Pisana: presso Dipartimento di Prevenzione – Galleria G. B. Gerace n. 14 – 56124 Pisa – Tel. 050-959.792
Zona Valdera: presso Distretto di Pontedera – Via E. Mattei n. 2 – 56025 Pontedera (PI) – Tel. 0587-273.747/748

MAC/095/OA – Modifica 02 del 29/08/2014

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA (DM 18/02/1982)**

Alla Unità Funzionale Medicina dello Sport

La Società Sportiva _____
affiliata Federazione Sportiva Nazionale/Ente Sportivo riconosciuto _____
chiede per il proprio atleta _____
nato a _____ il ____/____/____ residente in _____ Via
_____ n. _____ Az. USL n. _____ una visita medico-sportiva ed il rilascio dell'attestato di
idoneità alla pratica agonistica dello sport _____.

- Prima affiliazione
 Rinnovo
 Visita di controllo ai sensi dei punti d) ed e) all. tab. A DM 18/02/1982

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale o dell'Ente di Promozione Sportiva riconosciuto.

Data: ____/____/____

GMV BASKET
Via Prov.le Calcesana, 124
56010 G H E Z Z A N O
Partita I.V.A. 01503430504

Firma del Presidente della Società

Spazio riservato alla Struttura Sanitaria

Si dichiara che l'atleta _____ doc. riconoscimento n. _____ rilasciato dal
_____ il ____/____/____ è stato sottoposto a visita in data ____/____/____ con
esecuzione degli accertamenti previsti dal DM 18/02/1982 (tipo A – tipo B) nonché a _____

ed è stato dichiarato _____.

Il predetto certificato ha validità di _____ con scadenza il ____/____/____.

Firma dell'atleta

Timbro delle Struttura

Il Dirigente Medico

Avvertenza: contro il giudizio di non idoneità è ammesso ricorso, da presentarsi alla Commissione Regionale entro 30 giorni dal ricevimento della presente comunicazione mediante inoltro al Centro Regionale di Medicina dello Sport – Viale G. B. Morgagni n° 85 – 50134 Firenze.