

**MODULO PER LA RICHIESTA DI  
VISITA MEDICO-SPORTIVA PER  
L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA  
(D.M. 18/02/1982)**



La società sportiva **GMV MEET**  
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale/Ente Sportivo riconosciuto **F.I.P.**

chiede per la propria atleta .....C.F. ....

nata a ..... Prov. .... Naz. .... il .....

residente a ..... via ..... n. .... Prov. .... ASL n. ....

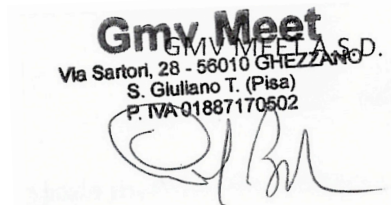
una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica del **BASKET**

- Prima affiliazione       Rinnovo       Visita di controllo ai sensi  
dei punti d) ed e) all. Tab. A.D.M.  
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.

Timbro e firma del Presidente della società

data .....



**Spazio riservato alla Struttura Sanitaria**

Si dichiara che l'atleta ..... Doc. di riconoscimento n. ....

Rilasciato dal ..... il ..... è stata sottoposta a visita

in data ..... con esecuzione degli accertamenti previsti dal D.M. 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 della Struttura**

**Il Medico**

.....  
.....

**AVVERTENZE:** contro il giudizio di non idoneità è ammesso il ricorso da presentarsi alla Commissione Regionale entro 30 giorni dal ricevimento della presente comunicazione mediante inoltro al Centro Regionale di Medicina dello sport, via del Fosso Macinante 13, 50145 Firenze.