

Zona

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER
L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA
(D.M.18.02.1982 – L.R. 15.12.1994, n. 94)**

La Società sportiva **A.S. D. Venturina Calcio**

Federazione Sportiva Nazionale

affiliata a _____ **F.I.G.C.** _____

Ente Promoz. Sportiva riconosciuto

CHIEDE

Per il proprio atleta

nato a : _____ il _____

residente a: _____ via: _____

una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA AGONISTICA dello sport :

CALCIO

prima affiliazione ;

rinnovo

visita di controllo ai sensi delle lett. D) ed E) delle note esplicative dell'allegato 1 del D.M. 18.02.82 e dell'art.5, comma 3, della L.R. 94/1994,

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

Data

Firma del Presidente della Società

