



**RICHIESTA DI VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT  
PER IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA  
(D.M. 18/02/1982 Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica)**

**La Società Sportiva** .....affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I.....Codice.....

Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I.....Codice .....

**per il proprio atleta**

cognome ..... nome .....

nato il ...../...../..... e residente nel comune di .....

codice fiscale .....

Il sottoscritto .....

nato il ...../...../..... e residente nel comune di .....

codice fiscale .....

**in qualità di**

diretto interessato

genitore del minore \_\_\_\_\_

tutore/amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_

Per partecipare a TITOLO INDIVIDUALE a COMPETIZIONE SPORTIVA AGONISTICA  
(N.B.: presentarsi alla visita muniti di copia dell'informativa della manifestazione sportiva agonistica a cui si intende partecipare)

Per partecipare a CONCORSO presso il MINISTERO DIFESA (Esercito, Accademia Militare, Marina, Carabinieri, Polizia di Stato, Vigili del Fuoco)  
(N.B : presentarsi alla visita muniti di copia del documento Ministeriale)

**CHIEDE**

la visita di idoneità sportiva agonistica per lo **sport** .....

**nuova iscrizione**

**rinnovo di certificato in scadenza il** .....

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del richiedente<sup>(1)</sup>

Data della richiesta .....

<sup>(1)</sup> La richiesta di una Società Sportiva deve riportare timbro e firma del Presidente della stessa.  
<sup>(1)</sup> La richiesta del singolo deve riportare la firma del diretto interessato o del genitore/legale rappresentante.