

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER  
L'IDONEITA' ALLA PRATICA DELLO SPORT**

(D.M. Sanità 18-02-1982)

Data.....

La società sportiva.....

con sede in.....

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: .....

oppure Ente di Promozione Sportiva riconosciuto da: .....

**CHIEDE  
per il proprio atleta**

Nome e Cognome:.....

Nato a:..... il:.....

Residente a:.....

in Via .....

Codice Fiscale:.....

Una visita medico sportiva con rilascio del certificato per idoneità alla pratica agonistica dello sport: .....

Visita medico sportiva

Return to play (post Covid-19)

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

Timbro società e  
firma presidente