

**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)
Situazione vaccinale: ()..... dose* data
- eventuale infezione covid-19 data guarigione

*indicare numero e data ultima vaccinazione

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