

RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER IDONEITA' ALLA ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA
(D.M.S. 18 febbraio 1982 – L.R. 6 settembre 1984 n. 46)

Il Sottoscritto in qualità di Legale Rappresentante
della Società Sportiva
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale del CONI/Ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI

CHIEDE

PER IL PROPRIO ATLETA

COGNOME **NOME**

NATO A **IL**

RESIDENTE A **IN VIA/PIAZZA**

CODICE FISCALE

una visita medico-sportiva e il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica per lo sport di seguito
indicated:

Si dichiara che la visita richiesta è:

PRIMA VISITA AGONISTICA

RINNOVO PERIODICO

Prenotazione telefonica al n. verde 800.717268

oppure

Recandosi presso uno sportello CUP

L'attività sportiva rientra in:

Tabella A del D.M. Min. Sanità 18 febbraio 1982 € 41,00

Tabella B del D.M. Min. Sanità 18 febbraio 1982 € 51,00

(barrare la casella che interessa)

Le visite per gli utenti fino ai 18 anni sono gratuite. Oltre i 18 anni l'utente si deve presentare alla visita con la ricevuta di avvenuto pagamento. In caso contrario la prestazione non sarà effettuata.

N. B.: se l'attività sportiva rientra nella Tabella B in soggetti di età superiore a 40 anni, a discrezione del medico, potrebbero essere richiesti ulteriori esami con relativa integrazione del pagamento ticket (€ 41,34).

Si dichiara che l'attività sportiva praticata di cui si richiede la visita è classificata agonistica ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale del CONI/Ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI.

Il consenso al trattamento dei dati personali e le implicazioni relative alla tutela della privacy sono state ottenute da questa società direttamente dall'atleta o da chi ne gestisce la patria potestà per il tesseramento e/o rinnovo.

Data richiesta _____

Timbro Società Sportiva e firma del Presidente