



Dipartimento di Prevenzione
Certificazione UNI EN ISO 9001:2015
U.O.C. Medicina dello Sport
Direttore ff Dr. Carmine Di Muro

All. n. 1B Rev. 1

MODULO RICHIESTA DI VISITA MEDICA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

Pubblicato il 05/05/2023

(DM 18/02/1982 – DM 04/03/1993 – LR n° 35 del 06/07/2003)

La Società Sportiva (nome/ ragione sociale) **VOLLEY CLUB CASCINESE A.S.D.**

codice fiscale: **02020630501**, con sede legale ubicata in **VIA TOSCO ROMAGNOLA, 1919 CASCINA (PI)**

affiliata a:

☒ Federazione Sportiva Nazionale **FIPAV (FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO)**

☐ Ente di Promozione Sportiva riconosciuto _____

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

☒ Visita medico sportiva per il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica sportiva AGONISTICA dello sport:

PALLAVOLO

☐ Prima affiliazione

☐ Rinnovo

☐ Visita di controllo ai sensi dell'art. 4 della L.R. 35/2003

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

Data

Timbro della società
A.S.D. Volley Club Cascinese
Via Tosco Romagnola, 1919
56023 Navacchio (PI)
P.IVA 02020630501

Firma del Presidente

Da presentare al momento della visita medica:

1. Libretto sanitario sportivo (rinnovo)
2. Modulo per la richiesta di visita medico sportiva autenticato dalla società
3. Certificato o libretto di vaccinazione antitetanica
4. Risposta esame urine completo
5. Documento di Identità dell'atleta