SST Azienda USL Toscana sud est
Servizio Sanitario della Toscana

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification N° IT230979

Dipartimento di Prevenzione
U.F. Medicina dello Sport

✉ Strada del Ruffolo, 4 - 53100 Siena - ☎ **TEL. 0577-536074 - FAX 0577-536698** @ e-mail: *medsportsiena@usl7.toscana.it*

Mod. 3284 USL

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M. 18 Febbraio 1982)

ALL'U.F. MEDICINA SPORTIVA

F.I.G.C. - A.I.A.
SEZIONE "ARTEMIO FRANCHI"
Piazzale Rosselli,13 - 53100 SIENA
Tel. 0577-51946
C.F. 92064340521

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

Federazione Sportiva Nazionale .....
Ente Sportivo riconosciuto

chiede per il proprio atleta |_|_|_|_|_|,|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|:
(codice assistito)

Cognome ..... **Nome** .....

nato a ..... **Prov.** ..... **il** .....

residente a ..... **Via** .....**n.** .....

una visita medico – sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica dello sport

rientrante nella tabella ☐ **A** **o** ☐ **B:**

.....

☐ **prima affiliazione**

☐ **rinnovo**

☐ **visita controllo ai sensi dei punti d) ed e) all. 1 Tab. A del D.M. 18-2-82**

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

Firma del Presidente della Società

Data, ...

ASSOCIAZIONE ITALIANA ARBITRI (A.I.A.) SEZIONE "ARTEMIO FRANCHI" SIENA (timbro della Società)

.....

SPAZIO PER IL MEDICO

DATA ..... / ..... / .....

All'Atleta è stato rilasciato certificato di idoneità N. .....