



Distretto Sanitario

Medicina dello Sport

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA
PRATICA SPORTIVA AGONISTICA**

(D.M. Sanità 18.02.1982)

SI RICHIEDE

Per l'atleta _____

Nato a _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Residente a _____

Via /n.° _____

Prima affiliazione []

Rinnovo []

La visita di idoneità agonistica allo sport **CALCIO**

Indicare l'età MINIMA prevista dalle norme federali, anni : **12**

Il Richiedente **FALCIONI STEFANO**

Presidente della Società Sportiva **SSD GS MURAGLIA a r.l.**

Con sede in **PESARO – VIA GARRONE snc** tel. **0721.53603**

Affiliata alla Federazione CONI/Ente promozionale **FIGC – LND** cod. affil. 33040

Dichiara sotto la propria responsabilità, la veridicità dei dati sopra riportati e che, in base alle norme federali, l'atleta è classificato in una CATEGORIA AGONISTICA ed ha pertanto l'obbligo di legge di conseguire l'idoneità agonistica ai fini del tesseramento.

Si impegna a fornire, qualora richiesta, copia della normativa agonistica federale

Il Presidente


timbro della Società

S.S.D. G.S. MURAGLIA a r.l.
Via Garrone s.n.-61122 PESARO
Part. IVA 01380650414
Cod. Fis. 80007370416

All'atto della visita, l'atleta (se minorenne accompagnato da un genitore) dovrà presentarsi con **questo modulo**, il proprio **documento di identità**, referto **esame urine**, **impegnativa** del pediatra di libera scelta o del medico di medicina generale, **consenso informato e dichiarazione potestà genitoriale** compilati.

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: Via Oberdan ,2 – 60122 Ancona

C.F. e P.Iva 02175860424

Area Vasta n. 1: Sede Amministrativa Via Ceccarini,38. 61032 Fano