

 Servizio Sanitario della Toscana Dipartimento di Prevenzione	IOD-DPRE/133.All.2 “Modulo richiesta visita medico sportiva”	Rev. 3 08/08/2026 Pag. 1 di 1
	Struttura organizzativa certificata ISO 9001:2015	

La Società sportiva

affiliata a Federazione Sportiva Nazionale
Ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI

CHIEDE per il proprio atleta

Cognome..... Nome.....

Nato a..... Il.....

Residente a..... Via.....n°.....

una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica
 dello sport.....

☐ prima affiliazione

☐ rinnovo

☐ visita di controllo ai sensi delle lett. D) ed E) delle note esplicative dell'alleg. 1 del D.M. 18/02/1982 e dell'art. 5, comma 2 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

Firma presidente Società

.....