

**Dipartimento di Prevenzione
U.O.S.D. ATTIVITA' MOTORIA
Direttore Dr. G.F. Fraccaroli
gfraccaroli@aulss9.veneto.it****SEDE DI BUSSOLENGO**Tel. 045.6712683
cmilani@aulss9.veneto.it
CUP: 045.6338181**SEDE DI LEGNAGO**Tel. 0442.622358
medsport@aulss9.veneto.it
CUP: 848.868686 da fisso/0442.606973 da cell.**SEDE DI SAN BONIFACIO**Tel. 045.6138370
medicina.sport@aulss9.veneto.it
CUP: 045.4646464**DOMANDA DI VISITA PER ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA****Il sottoscritto** _____

Nato a _____

Residente a _____ via _____

Tel/Fax. _____ Mail _____

In qualità di rappresentante legale della Società Sportiva: _____

Con sede in _____ via _____ n° _____

Tel/Fax. _____ E-mail _____

CHIEDE

Ai sensi delle disposizioni vigenti in materia, che sia rilasciata la prescritta attestazione di idoneità per l'atleta sotto menzionato, appartenente a questa Società sportiva, il quale intende praticare attività agonistica per il seguente

sport: _____

Il sottoscritto, consapevole delle disposizioni previste dalla legge nei confronti di chi produce dichiarazioni false, sotto la sua piena responsabilità,

DICHIARA

- Che l'atleta sotto menzionato è da considerarsi "agonista" in quanto così stabilito dalla Federazione Nazionale o dall'Ente sportivo riconosciuto di appartenenza;
- Che l'atleta non è inquadrato come professionista;
- Che l'atleta è in possesso del requisito d'età stabilito dalla Federazione d'appartenenza, per poter partecipare a competizioni sportive di livello agonistico, organizzate dalla propria Federazione sportiva o da Enti di promozione sportiva riconosciuta dal CONI.

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

C.F. _____

Prima visita SI NO Scadenza certificato _____

Data _____

IL PRESIDENTE_____
(Timbro e firma)