

Dipartimento di Prevenzione
U.O.S.D. ATTIVITA' MOTORIA
Direttore Dr. G.F. Fraccaroli

SEDE DI SAN BONIFACIO

Tel.045-6138370

uosdattivamotoriasanbonifacio@aulss9.veneto.it

CUP 0456138962

SEDE DI BUSSOLENGO

Tel.045-6712683

uosdattivamotoriabussolengo@aulss9.veneto.it

CUP 04524552

SEDE DI LEGNAGO

Tel.0442-622358

uosdattivamotorialegnago@aulss9.veneto.it

CUP 04524552

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

o Che l'atleta sotto menzionato è da considerarsi "agonista" in quanto così stabilito dalla Federazione Nazionale o dall'Ente sportivo riconosciuto di appartenenza;

o Che l'atleta non è inquadrato come professionista;

o 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 Rinnovo

Scadenza certificato _____

Data _____

IL PRESIDENTE

(Timbro e firma)