



**Regione
Lombardia**

**Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione**

**Centro di Medicina dello Sport
ASST Papa Giovanni XXIII**
Via Borgo Palazzo, 130 - 24125 Bergamo
Tel. 035390622 – 035390671
Fax 035390683

_____ data

Al Centro Diabetologico Competente
Sua Sede

Si richiede per l'atleta _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

In cura presso codesto Centro Diabetologico, la visita specialistica con parere finalizzato all'attività sportiva agonistica dello sport _____
Ai sensi della legge 115/87 art. 8.

Lo specialista in Medicina dello Sport
Visitatore

(timbro e firma)

_____ Riservato al Centro Diabetologico

Si certifica che:

L'atleta _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

È in condizioni di compenso metabolico e non presenta complicanze che possono controindicare l'attività sportiva agonistica dello sport _____

Il Medico del Centro Diabetologico

(timbro e firma)

Timbro del Centro Diabetologico