

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**
(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La società sportiva _____

con sede in _____

Via _____ n. _____

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____

dal -- con codice n. ,
data completa

chiede per la prima affiliazione del proprio atleta _____

nato a _____ il _____

abitante a _____

Via / Piazza _____ n. _____

L'ELETTROENCEFALOGRAMMA per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

prima affiliazione

rinnovo (allegare ultimo certificato in
originale in possesso dell'atleta)

Tessera sanitaria n.

Codice Fiscale n.

Firma del presidente e timbro della società