

Al Dipartimento di Prevenzione  
A.S.L. TO 5  
Via S. Domenico n. 21  
10023 CHIERI (TO)

## **RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER ATLETI AGONISTI DILETTANTI DISABILI**

La società sportiva, denominata ....., con sede in  
..... Via ..... n....., affiliata a  
..... con il numero di iscrizione .....,  
chiede che n. .... atleti dilettanti agonisti disabili, specificati nel seguente elenco composto di n.  
..... pagine, siano sottoposti a visita medico sportiva per l'accertamento dell'idoneità alla pratica  
agonistica presso la struttura sanitaria..... convenzionata con  
l'ASLTO5 di Chieri.

La società sportiva attesta che tali atleti sono qualificati agonisti secondo le determinazioni della Federazione Italiana Sport Disabili (D.G.R. n. 34-12341 del 19/04/2004) e che i dati anagrafici e le ulteriori notizie riportate nell'elenco allegato rispondono a verità.

Si richiede di trasmettere l'autorizzazione a questa società a mezzo:

fax numero .....

mail indirizzo.....

Recapito telefonico per eventuali comunicazioni: .....

data.....

firma e timbro del Presidente

della società sportiva

.....

Allegato alla richiesta di autorizzazione alla visita medico sportiva del .....

Società sportiva .....

disciplina sportiva .....

cognome	nome	codice fiscale	data di nascita	luogo di nascita	luogo di residenza	indirizzo di residenza	data ultima visita medico-sportiva*	n. autorizzazione (compilazione a cura dell' ASL)

Compilazione a cura dell'ASL  
Si autorizzano n. .... atleti agonisti dilettanti disabili alla visita medico sportiva con registrazione dal n. .... al n. ....  
data ..... firma e timbro  
.....

\*indicare la data dell'ultima visita medico sportiva effettuata o, in alternativa, segnalare che si tratta di prima visita