

Al Dipartimento di Prevenzione  
A.S.L. TO5  
Via S. Domenico n. 21  
10023 CHIARI (TO)

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

La società sportiva denominata ....., con sede in  
..... Via ..... n....., affiliata a  
..... con il numero di iscrizione .....,  
chiede che n. .... atleti dilettanti agonisti minorenni, 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 rispettiva  
Federazione Sportiva / Ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. (circ. n.7 del Min. San. del 31/01/1983 e  
successive disposizioni di legge) 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 minorenni 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.