



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Dipartimento di Prevenzione - S.S. Medicina Sportiva

Ambulatorio Medicina Sport di Gassino
Via Foratella, 22 – 10090 Gassino T.se (TO)
Tel 011 9817226/5 Fax 011 9817229
eMail medicinasport@asl7.to.it

Ambulatorio Medicina Sport di Caselle
Via Savonarola, 12 – 10072 Caselle T.se (TO)
Tel. 011 9976736 Fax 011 9976743
eMail caselle.medsport@asl6.piemonte.it

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' AGONISTICA

La Società Sportiva

Con sede in CAP

Via..... n° tel.

affiliata a

Federazione Sportiva Nazionale

Ente di Promozione Sportiva

Nella persona del suo Legale Rappresentante

Sig.

residente in CAP

Via.....n°tel.....

cellulare..... fax mail

CHIEDE

che n° atleti specificati sul retro della presente, siano sottoposti a visita
medico sportiva per l'accertamento della idoneità alla pratica dello sport:

.....
La Società Sportiva attesta che tali atleti sono qualificati agonisti secondo le determinazioni della rispettiva Federazione sportiva nazionale o Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal CONI ai sensi della circolare n° 7 del Ministero della Sanità del 31/07/1982 e delle successive disposizioni di legge, e che i dati anagrafici e le ulteriori notizie riportate nell'elenco rispondono a verità

Data

Firma del Presidente

.....



www.regione.piemonte.it/sanita



Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

ELENCO DEGLI ATLETI

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA ¹	RESIDENZA (COMUNE E INDIRIZZO)	TELEFONO	SCADENZA CERTIFICATO ²
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

¹ In caso di richiesta per atleti al di fuori delle fasce di età ufficiali, specifico la motivazione :

.....

² E' obbligatorio indicare la scadenza del precedente certificato di idoneità se non è la prima visita