



**AZIENDA USL 2 LUCCA**  
**Dipartimento di Medicina e Traumatologia dello Sport**  
*Direttore: Prof. E. Castellacci*  
**Centro di Riferimento Regionale per la Medicina e Traumatologia dello Sport**  
Tel. 0583/970301 E-mail: [medsport@usl2.toscana.it](mailto:medsport@usl2.toscana.it)

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA  
L.R. 09/07/2003 n° 35**

**La Società sportiva.....**

Affiliata a:  **Federazione sportiva Nazionale**       **Ente Promozione Sportiva riconosciuto**

**CHIEDE**

Per il proprio atleta.....

Nato a:..... il.....

Residente a:..... via.....

**Una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA AGONISTICA dello sport.....**

- Prima affiliazione**
- Rinnovo**
- Visita di controllo ai sensi dell'art 4 della L.R. 35/2003**

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione sportiva nazionale.

Data.....

Timbro della Società

**Firma del Presidente della Società**

