

**Dipartimento della Prevenzione**  
**Unità Funzionale Medicina dello Sport**  
*Responsabile : Dott. Carlo Giammattei*

Ospedale Campo di Marte Lucca Tel. 0583 970301 – Fax 0583 970624 email: medsport@usl2.toscana.it

Ospedale San Francesco Barga Tel. 0583 729908 – Fax. 0583 729302 email: barga.medsport@usl2.toscana.it

***MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICA  
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA  
D.m. 18.02.1982 / L.R. 09/07/2003 n° 35***

La Società Sportiva .....

- 1) Affiliata a Federazione Sportiva Nazionale riconosciuta dal CONI.....
- 2) Ente di Promozione Sportiva riconosciuta dal CONI .....
- 3) Discipline Sportive Associate riconosciute dal CONI .....

**CHIEDE**

Per il proprio atleta.....

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

Residente in .....via.....

Comune ..... Prov .....

Visita medico sportiva per 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 componente Federazione Sportiva Nazionale o Ente di Promozione Sportiva riconosciuto

Data..... Timbro e Firma Presidente Società .....