



Azienda Sanitaria Locale N°2 Lanciano-Vasto-Chieti

Dipartimento di Prevenzione

MEDICINA dello SPORT



RICHIESTA di IDONEITA' alla PRATICA SPORTIVA

(per atleti tesserati presso Società Sportive affiliate al CONI, Federazione sportiva, Ente di P.S.)

La Società Sportiva _____

Presidente: Sig _____

Regolarmente affiliata al CONI – FEDERAZIONE / ENTE di P.S. _____

Indirizzo sociale per comunicazioni : c/o Sig _____

Via _____ n° _____ C.a.p. _____

Città _____ (_____) Tel.e/o Fax : _____

*N.B. : Riempire **tutti** i campi in stampatello e leggibile*

Chiede per il proprio atleta :

dilettante

professionista

Sig. data di nascita / /

Idoneità alla pratica **agonistica** dello sport

Idoneità alla pratica **non agonistica**

SI DA' ATTO DI ESSERE STATI INFORMATI CHE

1. si accede alla struttura di Medicina dello Sport mediante appuntamento esclusivamente previa esibizione di tale **richiesta**, del **documento di riconoscimento** e della **tessera sanitaria**, il personale predisporrà l'iter successivo e l'eventuale pagamento.
2. i **minorenni** dovranno essere **obbligatoriamente accompagnati** dai genitori (con documento di riconoscimento) o altro tutore legale (munito di documento di riconoscimento e provvedimento giudiziario).
3. è doveroso portare tutta la **documentazione Sanitaria** di cui si è in possesso.
4. è opportuno munirsi di **abbigliamento sportivo** adeguato per l'effettuazione del test da sforzo;
5. verranno rispettate le norme contenute negli **art. 8-9-13-14 della L.R. 132/97** che si riportano sul retro

Timbro e firma originale
del **Presidente** della Società Sportiva

Medicina dello Sport

Data -----