

SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Marostica - Asiago

Richiesta
da consegnare al servizio di Medicina dello Sport al momento della visita

Il sottoscritto PRESIDENTE _____ della Società Sportiva _____
affiliata alla Federazione _____ del C.O.N.I., chiede la visita medica di
idoneità all'attività sportiva nonché tutti gli accertamenti previsti dal D.M.S. del 18/02/1982,
per l'atleta sottoelencato, tesserato e/o da tesserare presso codesta società, il quale pratica
attività sportiva agonistica e non appartiene alle categorie dei professionisti o
semiprofessionisti.

Cognome e nome	Data di nascita	Comune di residenza	Prima visita	Scadenza certificato

DATA: _____

IL PRESIDENTE
Timbro e firma

Il giorno della visita l'atleta dovrà presentarsi all'appuntamento, munito di:

- tessera sanitaria
- documento di riconoscimento (del genitore se minorenni)
- provetta con le urine
- scheda di Anamnesi dell'Atleta (scaricabile dal sito)
- eventuali precedenti referti sanitari

Prenotazioni e disdette:

CALL CENTER NUMERO VERDE 800038990; da cell. 0424884050

il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 17:30

Come da disposizioni Regionali, le assenze per le quali non sia pervenuta disdetta entro i 4 giorni precedenti la data fissata, sono soggette all'addebito della tariffa.