

SSD Medicina dello Sport e Promozione dell'Attività Fisica

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA

Data 04-03-2025

MR PD 36 01

Rev. n. 02

La Società Sportiva A.S.D. VIS RF F			IA	
nella persona del Presidente		CAVASSI FABIO		
con sede sociale in via	leAtleti Azzu	ri d'Italia n. 13	Città	Faenza
Telefono	<u>36654346</u> 24		e-mail	visrffaventia@gmail.com
Affiliata alla Federazio	ne CONI / FIGC C	F. 90035 <u>190397</u>	- CODICE	AFFILIAZIONE FIGC 94532
Richiede per l'Atleta		Data di nascita		
Luogo di nascita		C.F		
□ Prima visita	□ Rinnovo de	l certificato (Scade	nza il	
per lo sport CAL	CIO			
dichiara	sotto la propria res _l	oonsabilità, la veridio	cità de i dat	i sopra riportati
Data,	1	imbro della Società		Il Presidente
ALL'A	TTO DELLA VISITA I	'ATLETA DOVRA' P	RESENTAR	RSI CON:

- 1. Il presente modulo compilato in ogni sua parte e firmato IN ORIGINALE, il tutto a cura del Presidente o delegato della Società Sportiva di appartenenza (non si accettano fotocopie e compilazioni in sede da parte degli accompagnatori) 2. Documento di identità dell'atleta in corso di validità qualunque sia l'età
- 3. Referto dell'esame delle urine completo dei dati anagrafici dell'atleta, eseguito al massimo, entro 30 giorni prima della data di effettuazione della visita 4. Libretto verde dello sportivo, qualora lo si possieda già. 5. Qualsiasi altra documentazione clinico-diagnostica ritenuta utile 6. Per gli atleti diversamente abili la certificazione di disabilità completa della diagnosi e quindi priva di omissis Gli atleti minorenni devono essere obbligatoriamente accompagnati da un genitore o altro con responsabilità genitoriale. In alternativa qualsiasi altro accompagnatore deve essere munito di delega unitamente a documento di delegate e delegato.

Il mancato rispetto di queste indicazioni e dell'orario previsto non assicura l'esecuzione della prestazione e la conseguente riprogrammazione attraverso i canali CUP aziendali