



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it
P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Dipartimento di Prevenzione – SOSD Medicina Legale
Sezione di Medicina dello Sport**

Direttore Dott. Attilio RIGOTTI
Sede Operativa: via IV Novembre, 294 – 28887 Omegna
Tel. 0323 868046 – 0323 868048
e-mail: medicinadellosport@aslvc.co.it

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER LA PRATICA DELL'ATTIVITA'
AGONISTICA**

PRIMA VISITA

VISITA SUCCESSIVA ALLA PRIMA (SCADENZA CERTIFICATO IN DATA _____)

LA SOCIETA' SPORTIVA _____ affiliata _____

Con SEDE in _____

Tel _____ e-mail _____

CHIEDE

nella persona del suo legale rappresentante Sig. _____

Per il proprio **ATLETA**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ via _____ n° _____

Do. IdentitàN° _____ codice fiscale _____

Telef. Recapito (del genitore se minorenne) _____

**UNA VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA
AGONISTICA DELLO SPORT _____**

Si certifica che l'atleta è residente nell'ASL VCO e che ha un'età minima di accesso all'attività agonistica conforme a quanto previsto dal DM 18/2/1982 per lo sport sopraindicato

Data _____
timbro società

Firma Presidente _____

Recapito telefonico per comunicazioni urgenti _____