



UOSD MEDICINA DELLO SPORT
Dipartimento di Prevenzione AST Ancona

RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M.Sanità 18.02.1982)

SI RICHIEDE

Per l'atleta _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via: _____

C.F. n. _____

☐ prima affiliazione ☐ rinnovo

Data scadenza certificato precedente ____/____/____

una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport **Pallavolo** disciplina

(Età minima prevista dalle norme federali - anni: _____)

Il Richiedente **Simona Lupini**

Presidente della Società Sportiva **asd pallavolo fabriano**

con sede in **FABRIANO**, via **VIA VENETO, 23**

tel. **+393498404929**, affiliata alla Federazione CONI/Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto dal CONI **Federazione Italiana Pallavolo**

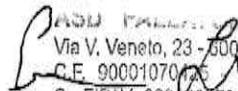
con cod. aff. **S090420070**

Dichiara sotto la propria responsabilità, la veridicità dei dati sopra riportati e che, in base alle norme federali, l'atleta è classificato in una CATEGORIA AGONISTICA ed ha pertanto l'obbligo di legge di conseguire l'idoneità agonistica ai fini del tesseramento. Si impegna a fornire, qualora richiesta, copia della normativa agonistica federale.

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo Fabriano, data _____

Firma del Presidente e Timbro della Società


Via V. Veneto, 23 - 60044 FABRIANO (AN)
C.F. 90001070125 Tel. 0100993042
C. FIPAV 090420070 Tel. 0732 629666