Associazione Sportiva Dilettantistica
MIGLIARINO VOLLEY

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA (DM 18/02/1982)

La Società Sportiva **ASD MIGLIARINO VOLLEY**

affiliata alla **FIPAV Federazione Nazionale Pallavolo**

chiede per il proprio atleta _____

nato a _____ il ____/____/_____ residente in _____

Via _____ n. _____

una visita medico-sportiva ed il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica dello sport **PALLAVOLO**.

☐ Prima affiliazione

☐ Rinnovo

☐ Visita di controllo ai sensi dei punti d) ed e) all. tab. A DM 18/02/1982

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Data: ____/____/_____

Firma del Presidente della Società

A.S.D. MIGLIARINO VOLLEY
Via mazzini n. 32
56010 MIGLIARINO (PI)
Partita IVA 01037020508
FIPAV 10.052.0082

Spazio riservato alla Struttura Sanitaria

Si dichiara che l'atleta _____doc. riconoscimento n. _____rilasciato dal _____il ____/____/_____è stato sottoposto a visita in data __/___/_____ con esecuzione degli accertamenti previsti dal DM 18/02/1982 (tipo A – tipo B) nonché a _____

_____

_____

ed è stato dichiarato _____ .

Il predetto certificato ha validità di _____con scadenza il ___/____/_____.

Firma dell'atleta	Timbro delle Struttura	Il Medico
_____	_____	_____

Avvertenza: contro il giudizio di non idoneità è ammesso ricorso, da presentarsi alla Commissione Regionale entro 30 giorni dal ricevimento della presente comunicazione mediante inoltro al Centro Regionale di Medicina dello Sport – Viale G. B. Morgagni n° 85 – 50134 Firenze.