MODULO 1 – TESSERATI A SOCIETA' / ASSOCIAZIONI SPORTIVE

Richiesta di visita di Medicina dello Sport per idoneità agonistica

LR 15/2020 - DM 18 Febbraio 1982

La Società/Associazione Sportiva _____
affiliata _____ **(Federazione Sportiva Nazionale / Ente di P.S. / Discipline Associate, afferente al CONI)**
numero matricola di affiliazione _____
con sede Sociale in via _____ **Città** _____
CAP _____ **Telefono / Fax** _____
Email _____
PEC _____

PER IL PROPRIO ATLETA TESSERATO:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ a _____ C.F. _____

CHIEDE:
VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA **AGONISTICA** PER LO SPORT _____

Si dà atto di essere informati che:
✔ la visita medica presuppone l'effettuazione di **esame urine** con data non anteriore a 30 giorni; ✔ i **minori di anni 18** (diciotto) dovranno essere **obbligatoriamente accompagnati** da uno dei due genitori (munito di doc. di riconoscimento);

Data ___/___/_____ _____

(Timbro e firma Società/Associazione)

CNO S.r.l.
Viale G. Bovio, 275 • 65124 Pescara (PE)
Tel. +39 085 4711973 • Fax +39 085 4716371
info@stenellacno.it • cnosrl@legalmail.it
Capitale sociale Euro 110.000,00 i.v.
C.F. / P.IVA / N. iscrizione Registro Imprese di Pescara 01910260684
REA PE138253

Aut. n. 282/SUAP/2012 L.R. 32/2007
Aut. n. 189/SUAP/2015 L.R. 32/2007
Aut. n.41/SUAP/2022 L.R. 32/2007

Direttore Sanitario Dott. Giuseppe Crusafio

www.stenellacno.it