



Servizio Sanitario della Toscana

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Settore Igiene e Sanità Pubblica – Igiene Alimenti e Nutrizione
e Medicina dello Sport

Unità Funzionale Medicina dello Sport

Zona Pisana: presso Dipartimento di Prevenzione – Galleria G. B. Gerace n. 14 – 56124 Pisa – Tel. 050-959.792
Zona Valdera: presso Distretto di Pontedera – Via A. Fleming n. 1 – 56025 Pontedera (PI) – Tel. 0587-273.747/748
MAC/095/OA – Modifica 00 del 18/04/2011

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

Alla Unità Funzionale Medicina dello Sport

La Società Sportiva **DREAM VOLLEY PISA SSD a r.l.** codice fiscale **93079690504**

affiliata Federazione Sportiva Nazionale/Ente Sportivo riconosciuto **FIPAV**

chiede per il proprio atleta _____

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

Via _____ n. _____ Az. USL 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 o dell'Ente di Promozione Sportiva riconosciuto.

Data: ____/____/____

Dream Volley Pisa Ssd rl Firma del Presidente della Società

Via Giuseppe Gioacchino Belli, 24
56123 - Pisa

P.I. 02100170501 C.F. 93079690504

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.