



**Azienda
USL 5
Pisa**

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 BASKET PISA ASD

affiliata Federazione Sportiva Nazionale/Ente Sportivo riconosciuto FIP

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 PALLACANESTRO.

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: ____/____/____

ASD DREAM BASKET PISA

Firma del Presidente della Società

Via G. Belli, 24 - 56123 Pisa

C.F. e P.I. 02266170501

[Handwritten signature]

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.