Spett.le ASL AT
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Via Conte Verde, 125
14100 Asti

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER ATLETI AGONISTI
Tesserati: minorenni, adulti, disabili

La Società sportiva denominata ASD SCUOLA BASKET ASTI

Con sede in ASTI

Via VIA ROSSINI N° 33 Tel. 3477964811

Affiliata a

Federazione Sportiva Nazionale FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO

Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal CONI _____

Con il numero di iscrizione _____

Nella persona del suo Legale Rappresentante Sig. PAOLA PRUNOTTO
Residente in ASTI
Via VIA ROTARIO N° 6 Tel. 3477964811

CHIEDE CHE L'ATLETA

Cognome_____

Nome_____

Nato il_____ a_____

Codice Fiscale: _____

Residente/domiciliato a_____

Via_____

Documento di riconoscimento _____ N° _____

Rilasciato da _____

sia sottoposto a visita medico sportiva per l'accertamento dell'idoneità alla pratica agonistica dello sport (indicare quale): _____

presso la Vostra Struttura, secondo le normative vigenti.

La società sportiva attesta che tali atleti sono qualificati agonisti secondo le determinazioni della rispettiva Federazione Sportiva/Ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. (Circolare esplicativa ministero sanità del D.M.18/2/1982 e successive disposizioni di Legge), che i dati anagrafici e le notizie sopra riportate rispondono a verità e ne autorizza il trattamento ai sensi del D.lgs. 196/2003.

Data ASTI, 22 AGOSTO 2023

Timbro e firma del Presidente Paola Prunotto

A.S.D. SCUOLA BASKET ASTI Cod. FIP 051605 ASTI

Per la prenotazione PRESENTARSI al CUP (ospedale Asti), dal lunedì al venerdì dalle 9,30 alle 15.00 o presso i Distretti Territoriali con il presente Modulo compilato in tutte le sue parti.