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

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER ATLETI AGONISTI MINORENNI

La Società sportiva denominata ASD VITTORIO ALFIERI
Con sede in ASTI
Via FIUME 27/29 C/O AICS N° 27/29 Tel. 333-4546478

Affiliata a

☒ Federazione Sportiva Nazionale FIDAL
☐ Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal CONI _____
Con il numero di iscrizione _____

Nella persona del suo Legale Rappresentante Sig. SILVIA BINELLO
Residente in ASTI
Via LOC. VALMANERA N° 165 Tel. 333-4546478
e-mail alfieri_sport@yahoo.it

CHIEDE

Che n° _____ atleti **agonisti minorenni**, specificati nel seguente elenco composto di n° _____ pagine, siano sottoposti a visita medico sportiva per l'accertamento dell'idoneità alla pratica agonistica dello sport _____
presso la sotto menzionata Struttura sanitaria convenzionata con l'ASL AT

☐ MEDICAL LAB C.so Alessandria, 226 Asti
☐ MEDISPORT C.so Asti 28-30, Nizza Monferrato

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 ulteriori notizie riportate nell'elenco allegato rispondono a verità e ne autorizza il trattamento ai sensi del D.lgs. 196/2003.

Data _____

Firma e timbro del Presidente Silvia Binello

Si chiede di restituire l'autorizzazione a mezzo:
fax _____ e-mail alfieri_sport@yahoo.it

Compilazione a cura dell'ASL AT

Visto, si approva. data _____

Timbro, firma dirigente medico SIAN ASL AT _____

Allegato alla richiesta di autorizzazione alla visita medico sportiva del _____

Società Sportiva/Scuola ASD VITTORIO ALFIERI

Disciplina sportiva ATLETICA LEGGERA

n°	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data nascita	Luogo nascita	Residenza	Indirizzo	scadenza certificato
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Compilazione a cura dell'ASL AT

☐ Si autorizzano n. _____ atleti agonisti minorenni alla visita medico sportiva

☐ Si autorizzano n. _____ atleti NON agonisti (inviati dalla scuola) alla visita medico sportiva

☐ Si autorizzano n. _____ atleti disabili alla visita medico sportiva

data _____ Timbro e firma Dirigente Medico SIAN _____