RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

per l'idoneità alla pratica agonistica degli atleti residenti in Regione Liguria

Il presente modulo deve essere presentato compilato al momento della prenotazione e della visita. Lo stesso dà diritto alla gratuità della prestazione secondo quando previsto dalle normative vigenti.

Le prenotazioni dovranno essere effettuate agli sportelli abilitati del CUP Liguria o chiamando i numeri 0105383400 - 800098543

La Società **FORMAZIONE DANZARTE GENOVA A.S.D**

affiliata alla Federazione/ EP **ASI Nazionale**

chiede per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

La visita medica per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica dello Sport:

_____

- ☐ Prima visita
- ☐ Rinnovo

Timbro della Società Sportiva e firma del Presidente

_____

Li _____

I minori devono essere sempre accompagnati da un genitore o da chi esercita la patria potestà con documento d'identità valido.
E' necessaria la tessera sanitaria e un documento di identità dell' atleta.
Il Certificato può essere rinnovato non prima di 1 mese della scadenza del certificato precedente.
Si ricorda di portare le urine del mattino almeno 7 gg. prima della visita consultando sedi e orari dei centri di Medicina sportiva sul sito ASL 3 Genovese (www.asl3.liguria.it).
Portare eventuali documenti sanitari riguardanti malattie, traumi, ricoveri allergie etc..