



UNIVERSITA' degli STUDI "G. d'Annunzio" CHIETI-PESCARA
Scuola di Medicina e Scienze della Salute
Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina & Odontoiatria
Direttore: Prof. Vincenzo De Laurenzi
U.O. di Medicina e Cardiologia dello Sport
Direttore Sanitario: Prof.ssa Roberta Di Pietro
Viale Abruzzo n.322, 66100 Chieti
Tel. 0871 3553107, email: medicinadellosport@unich.it

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA**

La Società Sportiva _____

Affiliata a:

- ☐ Federazione Sportiva Nazionale
- ☐ Ente Promozione Sportivo riconosciuto

CHIEDE

Per il/la proprio/a atleta _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ N° _____

Una visita medico-sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla

PRATICA AGONISTICA dello sport _____

- ☐ Prima affiliazione
- ☐ Rinnovo

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione sportiva nazionale.

Data _____

Timbro e Firma della Società
