

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICA SPORTIVA  
PER L' IDONEITA' ALL' ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA  
D.M. 28.02.1983-L.R. 09/07/2003 n°35**

L' A.S.D. ARCOBALLANDO, affiliata a Federazione Sportiva Nazionale/Ente Promozione Sportiva U.I.S.P.  
iscritta al CONI e al REGISTRO SPORTE SALUTE

**CHIEDE**

Per il proprio atleta ( nome, cognome ).....

Nato/a a.....

Residente in .....comune.....

**UNA VISITA MEDICO SPORTIVA PER IL RILASCIO DELL' ATTESTATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA  
NON AGONISTICA DELLO SPORT**.....

- PRIMA AFFILIAZIONE
- RINNOVO

Si dichiara che l' attività praticata dall' atleta rientra nello sport non agonistico ai sensi delle determinazioni della  
competente Federazione Sportiva Nazionale o Ente di Promozione Sportiva riconosciuto.

DATA.....

**TIMBRO E FIRMA**



*Giuseppe Giannone*