

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA  
(D.M. 18.02.1982 – Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica)**

L'Associazione Sportiva \_\_\_\_\_

nella persona del/la **Presidente** \_\_\_\_\_

con sede sociale in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale (FSN) del C.O.N.I. \_\_\_\_\_

Discipline sportive associate (DSA) \_\_\_\_\_

Ente di Promozione Sportiva riconosciuta dal C.O.N.I. (EPS) \_\_\_\_\_

Comitato Italiano Paralimpico (CIP) \_\_\_\_\_

**RICHIEDE PER L'ATLETA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Se già tesserato/a, n° tessera società sportiva \_\_\_\_\_

Atleta disabile (art. 3, L 104/1992)  Sì  No

**la visita di idoneità sportiva agonistica per lo sport**

Nuovo tesseramento

Rinnovo del tesseramento con certificato in scadenza il \_\_\_\_\_

Visita di controllo ai sensi D.M.18.02.1982, all. 1, tab. A, punti d) e e)



- Certificazione per l'attività sportiva paralimpica (CIP – DM 4 marzo 1993)
- Certificato di idoneità sportiva per la partecipazione alla fase nazionale dei Giochi Sportivi Studenteschi
- si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale e/o dell'Ente di Promozione Sportiva

Tutte le dichiarazioni rilasciate e contenute nella presente richiesta sono soggette alle disposizioni del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000. Le dichiarazioni mendaci verranno perseguite penalmente ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come previsto dall'art. 76 del summenzionato testo unico

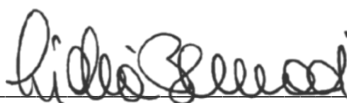

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_

Data della richiesta

\_\_\_\_\_

Timbro e firma in originale del/la Presidente dell'Associazione

*N.b. Qualora l'Associazione Sportiva si assuma l'onere delle spese relative alla visita medico-sportiva dell'atleta non esente, è tenuta a compilare il modulo "Dichiarazione di fatturazione". In tal caso, l'atleta dovrà presentarsi con entrambi i moduli debitamente compilati e firmati dal Presidente dell'Associazione Sportiva. In mancanza di tale documento, la fattura verrà intestata direttamente all'atleta.*

La visita medico sportiva può essere prenotata presso il Centro Unico di Prenotazione Provinciale CUPP – telefonicamente al numero 100100 (prefissi 0471, 0472, 0473, 0474, dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle 16:00) oppure via e-mail all'indirizzo [prenotazioni@asdaa.it](mailto:prenotazioni@asdaa.it).