Asl 1
Sistema Sanitario Regione Liguria

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Struttura Complessa
Igiene e Sanità Pubblica

RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER IDONEITÀ ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

(D.M.S. 18 febbraio 1982 – L.R. 6 settembre 1984 n. 46)

Il Sottoscritto LISCO GIOVANNI in qualità di Legale Rappresentante della Società Sportiva REDS RUGBY TEAM ASD -IM- affiliata alla Federazione Italiana Rugby riconosciuta dal CONI

CHIEDE

PER IL PROPRIO ATLETA

COGNOME ..... NOME .....

NATO A ..... IL .....

RESIDENTE A ..... IN VIA/PIAZZA .....

CODICE FISCALE .....

una visita medico-sportiva e il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica per lo sport di seguito indicato:

.....

Si dichiara che la visita richiesta è:

☐ PRIMA VISITA AGONISTICA ☐ RINNOVO PERIODICO

Prenotazione telefonica al n. verde 800.098543 oppure recandosi presso uno sportello CUPA

L'attività sportiva rientra in **TABELLA B1 FIR**

Le visite per gli utenti fino ai 18 anni sono gratuite. **Gli atleti minorenni dovranno recarsi all'appuntamento accompagnati da un genitore (o tutore) oppure da un accompagnatore maggiorenne munito di delega (del genitore o tutore) con copia del documento di identità proprio e del delegante.**

Oltre i 18 anni l'utente si deve presentare alla visita con la ricevuta di avvenuto pagamento. In caso contrario la prestazione non sarà effettuata.

Si dichiara che l'attività sportiva praticata di cui si richiede la visita è classificata agonistica ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Italiana Rugby riconosciuta dal CONI.

Il consenso al trattamento dei dati personali e le implicazioni relative alla tutela della privacy sono state ottenute da questa società direttamente dall'atleta o da chi ne gestisce la patria potestà per il tesseramento e/o rinnovo.

Timbro Società Sportiva e firma del Presidente

REDS RUGBY TEAM
a.s.d. - IM -
Via Carrugglu de Baten, 19 - Artallo (IM)
C.F.: 91046650080
P. IVA: 01663300083

A.S.D. REDS RUGBY TEAM - IM -
IL PRESIDENTE
Giovanni Lisco

Data richiesta _____