



Distretto Sanitario

Medicina dello Sport

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA
PRATICA SPORTIVA AGONISTICA**

(D.M. Sanità 18.02.1982)

SI RICHIEDE

Per l'atleta _____

Nato a _____

Data di nascita ____/____/____ Residente a _____

Via /n.° _____

Prima affiliazione []

Rinnovo [X]

La visita di idoneità agonistica allo sport Pattinaggio Artistico

Indicare l'età MINIMA prevista dalle norme federali, anni : 7

Il Richiedente Giannini Roberto

Presidente della Società Sportiva Flying Roller Pesaro

Con sede in Pesaro - Via dell'industria 116/b tel. 3923055332

Affiliata alla Federazione CONI/Ente promozionale FISR cod. affil. 2493

Dichiara sotto la propria responsabilità, la veridicità dei dati sopra riportati e che, in base alle norme federali, l'atleta è classificato in una CATEGORIA AGONISTICA ed ha pertanto l'obbligo di legge di conseguire l'Idoneità agonistica ai fini del tesseramento.

Si impegna a fornire, qualora richiesta, copia della normativa agonistica federale

Il Presidente

tim ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA



FLYING ROLLER PESARO

Via dell'Industria, 116/B - 61122 PESARO

C.F. 92014070418 P.I. 01319250419

e-mail: flyingrollerpesaro@libero.it

www.flyingrollerpesaro.it

All'atto della visita, l'atleta (se minorenni accompagnato da un genitore) dovrà presentarsi con questo modulo, il proprio documento di identità, referto esame urine, impegnativa del pediatra di libera scelta o del medico di medicina generale, consenso informato e dichiarazione potestà genitoriale compilati.

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: Via Oberdan, 2 - 60122 Ancona

C.F. e P.Iva 02175860424

Area Vasta n. 1: Sede Amministrativa Via Ceccarini, 38. 61032 Fano