



Richiesta per visita di Medicina dello Sport

L'Associazione Sportiva _____
 con Sede Sociale in Via/Piazza _____ n° _____
 C.A.P. _____ Città _____ Telefono _____
 Codice Fiscale dell'Associazione Sportiva _____
 Codice di Affiliazione Federale _____

Chiede l'effettuazione di una Visita Medico Sportiva
 per l'idoneità **AGONISTICA** alla pratica del **PUGILATO** per l'Atleta

Cognome _____ Nome _____
 Nato a _____ il _____
 Residente a _____ C.A.P. _____
 in Via/Piazza _____ n° _____ Telefono _____
 A.S.L. _____ Codice Fiscale _____
 Codice Sanitario Regionale _____

Barrare il tipo di visita richiesta:

Prima visita (*) Rinnovo annuale Visita di reintegro (*)

(*) in questi casi è obbligatoria l'effettuazione di un elettroencefalogramma (EEG)

Il giorno della visita l'Atleta dovrà portare:

- Referto di un esame delle urine completo
- Codice Fiscale e Libretto Sanitario
- Documento di riconoscimento
- Libretto sportivo della F.P.I. e/o foglio di reintegro

Il Presidente dell'Associazione Sportiva
 (timbro e firma leggibile)

N.B. Per la visita di atleti **minorenni**, è **assolutamente necessaria la presenza di un genitore** o tutore esercente patria potestà sul minore.

La parte sottostante deve essere compilata al momento della visita:

Il Sottoscritto _____ titolo potestà _____
 Residente a _____ in Via/Piazza _____
 Esercente la potestà sul minore _____
 Dà il consenso alla pratica agonistica del pugilato e all'effettuazione dei relativi accertamenti.
 Data _____ Firma leggibile _____