



## 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 \_\_\_\_\_