



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

[www.aslto4.piemonte.it](http://www.aslto4.piemonte.it)

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

## Dipartimento di Prevenzione - S.S.D. Medicina Sportiva

Ambulatorio Medicina Sport di Gassino

Via Foratella, 22 - 10090 Gassino T.se (TO)

Tel 011 9817226/5 Fax 011 9817229

[medicinasport.gassino@aslto4.piemonte.it](mailto:medicinasport.gassino@aslto4.piemonte.it)

Ambulatorio Medicina Sport di Caselle

Via Savonarola, 12 - 10072 Caselle T.se (TO)

Tel. 011 9976736 Fax 011 9976743

[medicinasport.caselle@aslto4.piemonte.it](mailto:medicinasport.caselle@aslto4.piemonte.it)

### **RICHIESTA DI VISITA PER L'IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA**

La Società Sportiva .....

Con sede in ..... CAP .....

Via..... n°..... tel. ....

affiliata a

Federazione Sportiva Nazionale .....

Ente di Promozione Sportiva .....

Nella persona del suo Legale Rappresentante Sig. ....

residente in ....., via ..... n .....

CAP ..... tel ..... cell .....

fax ..... mail .....

### **CHIEDE**

che n°..... atleti specificati sul retro della presente, siano sottoposti a visita medico sportiva per l'accertamento della idoneità alla pratica dello **SPORT:**

La Società Sportiva attesta che tali atleti sono qualificati agonisti secondo le determinazioni della rispettiva Federazione sportiva nazionale o Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal CONI ai sensi della circolare n° 7 del Ministero della Sanità del 31/07/1982 e delle successive disposizioni di legge, e che i dati anagrafici e le ulteriori notizie riportate nell'elenco rispondono a verità

Data .....

Firma del Presidente



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)



una sanità in salute fa bene a tutti

### ELENCO DEGLI ATLETI

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Residenza (Comune e indirizzo)	Telefono	Scadenza certificato *
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

*\* Indicare la scadenza del precedente certificato o se si tratta di prima visita*

*CHIEDE CHE LE VISITE SIANO EFFETTUATE NELLA SEDE ASL DI:*

**GASSINO**

**CASELLE**