



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

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Dipartimento di Prevenzione - S . I . S . P / S.S. Medicina Sportiva

Ambulatorio Medicina Sport di Gassino
Caselle Via Foratella, 22 - 10090 Gassino T.se

Tel. 011 9817226/5

medicinasport.gassino@aslto4.piemonte.it

Ambulatorio Medicina Sport di
Via Savonarola, 12 - 10072 Caselle T.se

Tel. 011 9976736

medicinasport.caselle@aslto4.piemonte.it

RICHIESTA DI VISITA PER L'IDONEITÀ 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

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 (leggibile)

.....

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 agonistico o se si tratta di prima visita

Data

Timbro ufficiale della Società Sportiva

CHIEDE CHE LE VISITE SIANO EFFETTUATE NELLA SEDE ASL DI:

☐

GASSINO

☐

CASELLE