



**Regione Lombardia**  
Direzione Generale Sanità  
U.O. Prevenzione

**A.D.D.S. Tony Rose**

Via Per Legnano, 3 – 21053 Castellanza ( VA)  
Tel. / fax 0331/947335  
C.F.92020800154

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA  
( D.M. Sanità 18/02/1982 )**

Data \_\_\_\_\_

L'Associazione Sportiva .....A.D.D.S. TONY ROSE

Sede sociale .....VIA PER LEGNANO,3 - 21053 CASTELLANZA ( VA)

Telefono Sede Sociale .....0331/ 947335 – 335/8131072

Codice fiscale della Società Sportiva 92020800154

Affiliata alla F.I.D.S. ente di Promozione Sportiva, dal 24/03/1997 con CODICE ASA N° 743

**CHIEDE**

Una visita medico sportiva per l'idoneità agonistica allo sport della DANZA SPORTIVA

per l'atleta \_\_\_\_\_

(Cognome) (Nome)

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ PRIMA AFFILIAZIONE RINNOVO

Codice fiscale dell'atleta \_\_\_\_\_ Codice regionale sanitario \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Il Presidente della Società Sportiva timbro e firma

**Per gli atleti minorenni, da compilare a cura del genitore**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

(Cognome, Nome, Residenza)

esercitante la podestà sul minore \_\_\_\_\_ dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata e all'effettuazione dei relativi accertamenti medici previsti per il rilascio del certificato d'idoneità.

\_\_\_\_\_  
(firma del genitore)

N.B. Per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore. Il giorno della visita portare con sé: 1) campione per esame urine; 2) codice fiscale; 3) libretto sanitario.