



## RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

**L'Associazione Sportiva Dilettantistica Quadrifoglio**-- Sede sociale **Porto Recanati** -- via del sole 10  
Telefono Sede Sociale 328.478.5365-- Codice fiscale della Società Sportiva 01294660434  
**Codice affiliazione CSEN-33082 – FITET 2324**

### CHIEDE

visita medico sportiva per l' idoneità agonistica dello sport .....  
per l' atleta \_\_\_\_\_ nato in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(prov) \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
Codice fiscale dell' atleta \_\_\_\_\_ Codice regionale sanitario \_\_\_\_\_ Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma: **Il Presidente della Società Sportiva** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (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.

**N.B. Per la visita di atleti minorenni presso la ASL , 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**

Firma del **genitore/tutore**

\_\_\_\_\_ mod



## RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

**L'Associazione Sportiva Dilettantistica “ Quadrifoglio”**-- Sede sociale: **Porto Recanati** -- via del sole 10  
Telefono Sede Sociale 328.478.5365-- Codice fiscale della Società Sportiva: 01294660434  
**Codice affiliazione CSEN 33082 - FITET 2324**

### CHIEDE

visita medico sportiva per l' idoneità agonistica dello sport del .....<  
per l' atleta \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (prov) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
Codice fiscale dell' atleta \_\_\_\_\_ Codice regionale sanitario \_\_\_\_\_ Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Presidente della Società Sportiva  
\_\_\_\_\_

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.

**N.B. Per la visita di atleti minorenni presso la ASL, 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**

**Firma del genitore/tutore**

