

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

della Società sportiva dilettantistica \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

affiliata \_\_\_\_\_

ai sensi della L. 445/2000, del DM 18. 02. 82, della Delibera della Giunta Regionale n° 23/58 del 18. 07. 02, con il consenso del responsabile della potestà genitoriale, chiede

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

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

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

una visita medico sportiva per praticare \_\_\_\_\_

nella categoria \_\_\_\_\_

Si dichiara che l'ultima visita per svolgere l'attività sportiva agonistica è stata effettuata

in data \_\_\_\_\_  
(indicare giorno, mese, anno, oppure "prima visita")

Il responsabile della potestà genitoriale

Il Presidente della Società Sportiva

\_\_\_\_\_

(firma)

\_\_\_\_\_

(timbro e firma)

\_\_\_\_\_

(documento di identità)

-----  
Riservato alla Azienda U.S.L. n° 8 – Cagliari

Autorizzazione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Validità 60 gg.

Il Direttore del Servizio

Dottor Giorgio Carlo Steri