



Azienda Sanitaria Locale N°2 Lanciano-Vasto-Chieti

Dipartimento di Prevenzione

MEDICINA dello SPORT



RICHIESTA di IDONEITA' alla PRATICA SPORTIVA

(per atleti tesserati presso Società Sportive affiliate al CONI, Federazione sportiva, Ente di P.S.)

La Società Sportiva ASD Unione Atletica Abruzzo

Presidente: Sig Miriam Di Iorio

Regolarmente affiliata al CONI – FEDERAZIONE / ENTE di P.S. Fidal

Indirizzo sociale per comunicazioni : c/o Sig ASD Unione Atletica Abruzzo

Via Ippolito Sabino n° 13 C.a.p. 66034

Città Lanciano (Ch) Tel.e/o Fax : _____

*N.B. : Riempire **tutti** i campi in stampatello e leggibile*

Chiede per il proprio atleta :

dilettante

professionista

Sig. data di nascita /.../.....

Idoneità alla pratica **agonistica** dello sport **Atletica leggera**

Idoneità alla pratica **non agonistica**

SI DA' ATTO DI ESSERE STATI INFORMATI CHE

1. si accede alla struttura di Medicina dello Sport mediante appuntamento esclusivamente previa esibizione di tale **richiesta**, del **documento di riconoscimento** e della **tessera sanitaria**, il personale predisporrà l'iter successivo e l'eventuale pagamento.
2. i **minorenni** dovranno essere **obbligatoriamente accompagnati** dai genitori (con documento di riconoscimento) o altro tutore legale (munito di documento di riconoscimento e provvedimento giudiziario).
3. è doveroso portare tutta la **documentazione Sanitaria** di cui si è in possesso.
4. è opportuno munirsi di **abbigliamento sportivo** adeguato per l'effettuazione del test da sforzo;
5. verranno rispettate le norme contenute negli **art. 8-9-13-14 della L.R. 132/97** che si riportano sul retro

Timbro e firma originale
del **Presidente** della Società Sportiva

UNIONE ATLETICA ABRUZZO
Associazione Sportiva Dilettantistica
IL PRESIDENTE

Medicina dello Sport

Data -----