

---

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER PARTECIPARE A  
TITOLO INDIVIDUALE A COMPETIZIONI AGONISTICHE / ATTIVITÀ  
SPORTIVA**

Il sottoscritto/La sottoscritta

\_\_\_\_\_

Nato a .....il.....  
residente a .....Via n. ....  
Codice fiscale .....

chiede il rilascio della certificazione di idoneità alla pratica

AGONISTICA

NON AGONISTICA

dello sport.....  
per la partecipazione a titolo individuale a competizioni agonistica  
o attività sportiva.

Data .....

\_\_\_\_\_  
*Firma (di un genitore per atleti minorenni)*

Da compilare con i dati del genitore se l'atleta è minorenne:

COGNOME: .....

NOME: .....

CODICE FISCALE: .....

DATA DI NASCITA: .....

LUOGO DI NASCITA: .....

Firma.....