

REGIONE TOSCANA  
AZIENDA U.S.L. 2 - LUCCA

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA'  
ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA  
(D.M. 18.2.1982 - L.R. 15.12.1994, n°94)

La Società sportiva.....  
affiliata a.....  
Ente di promoz. sportiva riconosciuto

SEZIONE A.I.A. DI VIAREGGIO  
Via del Forcone 10/E  
55049 VIAREGGIO (LU)  
C.F. 91048690464

CHIEDE

per il proprio atleta .....  
nato a..... il.....  
residente a..... via.....  
una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA AGONISTICA dello  
sport ..... ARBITRO DI CALCIO

- prima affiliazione
- rinnovo
- visita di controllo ai sensi delle lett. D) ed E) delle note esplicative dell'alleg. 1 del D.M. 18.2.82 e dell'art. 5, comma 3, della L.R. 94/1994.

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale, o dell'Ente di Promozione Sportiva riconosciuto.

Data.....

Firma del Presidente della Società

Membro della Società  
**Sezione A.I.A.**  
**"Angelo Domenici"**  
**VIAREGGIO**  
IL PRESIDENTE

**SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA**

Si dichiara che l'atleta ..... documento di riconoscimento n.....  
rilasciato dal..... il..... è stato sottoposto a visita in data.....  
con esecuzione degli accertamenti previsti dal D.M. 18.2.82 ( Tipo A / Tipo B ) nonchè a .....

ed è stato dichiarato .....

Il predetto certificato ha validità di ..... con scadenza il.....

Firma dell'atleta

Il medico