

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