

**RICHIESTA DI VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT
PER IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. 18/02/1982 Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica)**

Modulo MS1

La Società Sportiva **GRANAROLO VOLLEY** Cod.Fipav 080340085

affiliata a:



Federazione Sportiva Nazionale del **C.O.N.I.**



Ente di Promozione Sportiva riconosciuta dal **C.O.N.I.** _____

per il proprio/a atleta

Cognome _____ Nome _____

nato/a il ____/____/____ e residente nel comune di _____

Il sottoscritto _____

nato/a il ____/____/____ e residente nel comune di _____

codice fiscale _____

In qualità di



diretto interessato _____



genitore del minore _____



tutore/amministratore di sostegno di _____

CHIEDE

la visita di idoneità agonistica per lo sport _____



nuova iscrizione



rinnovo di certificato in scadenza il _____

Ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Timbro e firma del Presidente/Responsabile della Società

data della richiesta ____/____/____