



## **RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA**

**Per l' idoneità alla pratica agonistica atleti A.S.D. Polisportiva Santa Caterina**

**La Società Sportiva A.S.D. Polisportiva Santa Caterina, affiliata alla Federazione Italiana Pallacanestro ed al Centro Sportivo Italiano chiede una Visita Medico Sportiva ai fini dell' idoneità alla pratica agonistica dello Sport:**

\_\_\_\_\_

**per l'Atleta**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato(a) a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

**A.S.D. POLISPORTIVA SANTA CATERINA**

**Il Presidente**

**Guido Costa**

- **La visita medica è obbligatoria dal compimento del 12° anno di età e risulta gratuita per gli atleti minorenni**
- **I minori devono essere sempre accompagnati da un genitore o da chi esercita la patria potestà con documento d'identità valido**
- **E' necessaria la tessera sanitaria e un documento di identità dell' atleta**
- **Si ricorda di portare le urine del mattino (se visita effettuata presso struttura privata)**
- **Portare eventuali documenti sanitari riguardanti malattie, traumi, ricoveri allergie etc..**
- **Se la visita viene prenotata tramite CUP Liguria ( tel. 800098543/0105383400) si ricorda di portare le urine del mattino almeno 7 gg. prima della visita consultando sedi e orari dei centri di Medicina sportiva sul sito ASL 3 Genovese (www.asl3.liguria.it). La presentazione di tale documento dà diritto alla gratuità della prestazione secondo quanto previsto dalle normative vigenti. Il Certificato può essere rinnovato non prima di 1 mese della scadenza del certificato precedente.**

Genova, \_\_\_\_\_