



AMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA DI I° LIVELLO  
DIRETTORE SANITARIO: DOTT.SSA CANTORESI CRISTINA, SPECIALISTA IN MEDICINA SPORTIVA

La Società Sportiva .....

Indirizzo ..... Tel. ....

Regolarmente affiliata al CONI – FEDERAZIONE / ENTE di P.S. ....

Chiede per il proprio atleta :

- professionista
- dilettante

Sig. .... data di nascita .... /.../.....

-Idoneità alla pratica **agonistica** dello sport .....

-Idoneità alla pratica **non agonistica** ( certificato di stato di buona salute )

**SI DA' ATTO DI ESSERE STATI INFORMATI**

1. che la visita medica verrà effettuata su appuntamento orario esclusivamente previa esibizione del referto **esame urine** ( con data no anteriore a 30 gg ), e **documento di riconoscimento**
2. che i minori di anni 18 (diciotto) dovranno essere **obbligatoriamente accompagnati** dai genitori o altro tutore legale (muniti di documento di riconoscimento).
3. che la mancata presentazione alla visita medica, senza alcun preavviso, determina un danno economico sociale ed un ritardo per gli altri utenti; di essa ne verrà data comunicazione alla Società richiedente e Federazione/Ente sportivo di appartenenza.

Timbro e firma originale del Presidente della Società Sportiva	Ambulatorio di Medicina Sportiva “Quisisana”
-----	Data -----