



**DIPARTIMENTO SPECIALISTICO TERRITORIALE
S.C. PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI**

Tel. 040/3992902
Fax 040/3992935

Ospedale Maggiore, Via Slataper 9, 34125 Trieste
e-mail: ccv@asugi.sanita.fvg.it

Direttore: dott. Andrea Di Lenarda

**Ambulatorio Medicina dello sport - Sede di Trieste
Via Scipio Slataper 9**

Telefono 040/3992039 – FAX 040399/2298

E – mail: medicina.sport@asugi.sanita.fvg.it

Medico responsabile: Dr. Andrea Di Lenarda

Medici referenti: Dr.ssa Arianna Ius – Dr.ssa Elena Vecile - Dr. Luca Mengozzi – Dr.ssa Irena Tavcar

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER IDONEITA' ALLA PRATICA
AGONISTICA (D.M: Sanità 18.02.1982)**

La Società Sportiva _____

con sede in _____ Via _____

E-mail _____ Tel. n° ____/____/____ Fax n° ____/____/____

nella persona del suo legale rappresentante sig./ra _____

residente a _____ Via/Piazza _____ n° _____

telefono _____, affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____ e/o all'Ente di

Promozione Sportiva Riconosciuto _____ dal ____/____/____ con codice n° _____

dichiara che i sotto elencati atleti dilettanti praticano sport agonistico per l'anno ____/____ e **CHIEDE** che siano sottoposti a visita medica di idoneità agonistica per lo sport: _____

Cognome	Nome	Data di nascita	Residenza (Comune)	Scadenza certificato

Sotto la mia personale responsabilità dichiaro che le notizie anagrafiche e la qualifica agonistica di cui all'elenco sopra riportato rispondono a verità.

Data ____/____/____ Firma del presidente e timbro della società _____

N.B. 1) Compilare la richiesta con carattere a stampatello, timbro e firma in originale. 2) Per alcuni sport (automobilismo, motociclismo, sci slalom e discesa libera, tuffi, pugilati, subacquei, ecc), sono previsti alcuni esami specialistici aggiuntivi, che vanno eseguiti **PRIMA** della visita di Idoneità allo Sport Agonistico.