

Servizio di Medicina dello Sport e Riabilitazione Ortopedica

Direttore Responsabile: Dott. Roberto Filippini

Via S. Marco, 121 - VERONA - Tel. 045.601.36.00 - Fax 045.601.39.88 - E-mail medicina.sport@sacrocuore.it

Il sottoscritto _____

rappresentante legale della Società Sportiva _____

con sede _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

CHIEDE

ai sensi delle disposizioni vigenti in materia, che sia rilasciata la prescritta attestazione di idoneità per gli atleti sotto elencati, tutti iscritti a questa Società Sportiva, i quali intendono praticare attività agonistica per il seguente sport: _____

Il sottoscritto, consapevole delle disposizioni previste della legge nei confronti di chi produce dichiarazioni false, sotto la sua piena responsabilità

DICHIARA

- che tutti gli atleti sottoelencati sono da considerare "agonisti" in quanto tale qualificazione è stata per essi formulata dalla Federazione Nazionale o dall'Ente sportivo riconosciuto;
- che tutti gli atleti sottoelencati **NON** sono inquadrati come professionisti o semiprofessionisti;
- che tutti gli atleti sottoelencati sono in possesso del requisito d'età stabilito dalla Federazione d'appartenenza, per poter partecipare, a competizioni sportive di livello agonistico, organizzate dalla propria Federazione Sportiva o da Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI;
- che il pagamento di eventuali prestazioni sarà effettuato da _____

In fede.

Timbro della Società

Firma del Rappresentante legale

Data, _____

allegato n. _____ elenco atleti

ELENCO ATLETI DA SOTTOPORRE AD ACCERTAMENTI SANITARI

(Compilare in ogni sua parte)

N°	Cognome e Nome	Data di nascita	Tessera Sanitaria numero	Telefono
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Firma del Rappresentante legale

Data, _____