

## 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	Codice Fiscale	Data appuntamento	Ora app.	Telefono
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Firma del Rappresentante legale

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_