



Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.aslnovara.it

MODULO PER ATLETI MINORENNI O ATLETI DIVERSAMENTE ABILI (SECONDO IL d.p.C.M. DEL 28/11/2003)

La Società Sportiva denominata _____ con sede in _____

Via _____ Recapito telefonico: _____

AFFILIATA A: FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE; ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTO DAL CONI; ASSOCIAZIONI E FEDERAZIONI ASSOCIATE.

nella persona del suo **Dirigente Responsabile** _____ domiciliato a _____

Via _____ Recapito telefonico: _____

Attesta che i sotto elencati atleti praticano, quali dilettanti in maniera **agonistica** la disciplina sportiva del _____ e pertanto chiede che vengano sottoposti per l'anno _____ agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/82 per il giudizio di idoneità sportiva all'attività dilettantistica:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENZA	CELLULARE	ULTIMA VISITA	APPUNTAMENTO

Il sottoscritto rappresentante della succitata Società Sportiva, con piena responsabilità e ad ogni effetto penale e civile, dichiara che le notizie anagrafiche e le condizioni di diritto alla prestazione medico-sportiva gratuita ai sensi della vigente normativa dei sopraelencati atleti rispondono a verità.

Data _____ Timbro e firma _____

Azienda Sanitaria Locale ASL NO
S.C. SISP Funzione di Medicina dello Sport
Direttore: Dr. Edoardo Moia
Tel: 0321 374340 - medsportiva.nov@asl.novara.it / 0322 848372 - medsportiva.bor@asl.novara.it