AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA
(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)

Modulo di Unità Operativa	
DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA DI CHIRURGIA E ODONTOIATRIA UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA A - *Direttore f.f.: Dott. Andrea Scalvi* AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT Borgo Trento - P.le A. Stefani, 1 – 37126 Verona - Tel. 045 8122721 – 045 8122699 Fax 045 8122744 *e-mail:medicinadellosport.ocm@aovr.veneto.it*	**MU 301409 05** Rev. 5 del 29/03/2017 Pagina 1 di 1
RICHIESTA DI VISITE SPORTIVE PER IDONEITA' AGONISTICA **(D.M. 18/02/1982)**	

La Sottoscritta_____ SIMONETTA CAVEDINI_____
Rappresentante legale della Società Sportiva ____U.S. INTREPIDA_____
Con Sede in ____Madonna di Campagna, VERONA - 37132_____ _____
Via _____ Via Adamello,27_____
Tel. n°_____Fax n°_____
E-mail _____ Info@intrepida.it_____

CHIEDE

Che sia rilasciata la prescritta attestazione di idoneità per gli atleti sottoelencati, che praticano attività agonistica per il seguente sport _____ATLETICA_____

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

DICHIARA

- che tutti gli atleti elencati, ancorchè non professionisti o semiprofessionisti, sono "agonisti". Tale qualificazione è stata formulata dalla Federazione Nazionale o dall'Ente sportivo riconosciuto;
- che, ai fini dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria –art. 3 D.L. n. 382/89 convertito in Legge n. 8/90, gli atleti contrassegnati con asterisco non hanno superato il 18° anno di età.

a) COGNOME E NOME b) INDIRIZZO	DATA DI NASCITA	N. Tess.Fed. CONI o N. Tess. Ente Richiedente	ALTRO SPORT PRATICATO A LIVELLO AGONISTICO	1) DATA VISITA 2) Motivo d'Esclusione**
a) b)				1) 2)
a) b)				1) 2)
a) b)				1) 2)
a) b)				1) 2)
a) b)				1) 2)
a) b)				1) 2)
a) b)				1) 2)

** L'eventuale esclusione va motivata a cura dell'Ambulatorio di Medicina dello Sport

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA
AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT
Responsabile: DR. Andrea Scalvi

IN FEDE_____
TIMBRO e FIRMA Rappresentante Legale Società Sportiva

DATA_____

U.S. INTREPIDA
Associazione Sportiva Dilettantistica