

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA  
L.R. 09/07/2003 n. 35

La Società Sportiva **G.S. RINASCITA VOLLEY FIRENZE ASD**

affiliata a: X Federazione Sportiva Nazionale **FIPAV**  
X Ente Promozione Sportiva riconosciuto **UISP**

**CHIEDE**

Per il proprio atleta .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... in via .....

**una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA  
NON AGONISTICA dello sport PALLAVOLO**

- Prima affiliazione
- Rinnovo
- Visita di controllo ai sensi dell'art.4 della L.R. 35/2003

**Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai  
sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.**

Data .....

Timbro della Società **G.S. RINASCITA VOLLEY FIRENZE**  
**ASS. SPORTIVA DILETTANTISTICA**  
Via De Robertis, - 50135 FIRENZE  
Tel e Fax 055 6122185  
P.IVA 03815320480

Firma del Presidente della Società  
*Miphan Elwana*

Da presentare al momento della visita medica:

1. Libretto sanitario sportivo (rinnovo)
2. Modulo per la richiesta di visita medico sportiva autenticato dalla società
3. Certificato o libretto di vaccinazione antitetanica
4. Portare urine della mattina