

**Dipartimento di Cure Primarie e Attività Distrettuali – Distretti 14 – 15 -16**

Email: [specialistica.segr@asl4.liguria.it](mailto:specialistica.segr@asl4.liguria.it) Tel 0185 329417/ 11

**MODULO RICHIESTA DI VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT PER ATTIVITA'  
AGONISTICA**

N° \_\_\_\_\_ / anno 20 \_\_\_\_\_

**Si richiede per il proprio tesserato**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Tel.cell. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

l'effettuazione di Visita di Medicina dello Sport e rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica per il seguente sport \_\_\_\_\_

Si dichiara che la visita richiesta è:

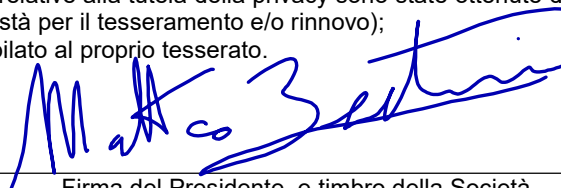
- Prima visita agonistica  
 Rinnovo periodico, data scadenza del certificato in essere \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della

Società Sportiva \_\_\_\_\_ con sede nel comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

dichiara inoltre:

1. che l'attività sportiva praticata, per cui si richiede la visita, è classificata agonistica ai sensi delle indicazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale o Ente di Promozione Sportiva riconosciuta dal CONI;
2. che Il consenso al trattamento dei dati personali e le implicazioni relative alla tutela della privacy sono state ottenute da questa società direttamente dall'atleta o da chi ne gestisce la patria podestà per il tesseramento e/o rinnovo);
3. che questo modulo è **firmato in originale** e consegnato già compilato al proprio tesserato.



\_\_\_\_\_ Data richiesta

\_\_\_\_\_ Firma del Presidente e timbro della Società

**RACCOMANDAZIONI IMPORTANTI**

Questo modulo è necessario per la prenotazione e va consegnato al momento della visita.

Presentarsi alla prenotazione e alla visita medica con la tessera sanitaria e accompagnati se minori (vedi informativa)

E' possibile prenotare/spostare presso gli sportelli CUP aziendali, farmacie e telefonicamente al CUP Liguria n.800 098 543

E' possibile prenotare la prima visita o il rinnovo in qualsiasi momento dell'anno, si ricorda che la visita di rinnovo deve avvenire in prossimità della scadenza del certificato in essere (valenza annuale), max un mese prima.

**Per ulteriori informazioni telefonare al 0185/329417 - 329411 -329413**

A. S. D. Recco Basket

P. Iva e Cod. Fiscale 03716330109

PEC: [proreccobasket@pec.it7](mailto:proreccobasket@pec.it7)

Sede Sociale Piazza S. G. Bono 39/22

16036 Recco (Ge)

Affiliata alla F. I. P. con codice 037515