

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

L'Associazione Sportiva _____

nella persona del Presidente / Responsabile _____

con sede sociale in via _____ n. _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

Affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale _____

Richiede per l'Atleta _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

C.F. _____

Prima visita

Rinnovo del certificato (Scadenza il _____)

per lo sport _____

dichiara sotto la propria responsabilità, la veridicità dei dati sopra riportati

Data, _____

Il Presidente
(Timbro e firma in originale)

La prenotazione della visita può essere fatta:

- telefonando al numero 059.306196 dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20 e il sabato dalle 8 alle 13
- registrandosi on line sul sito <https://prenotazionipcm.mysanita.it/>

ALL'ATTO DELLA VISITA L'ATLETA DOVRA' PRESENTARSI PRESSO LA SEDE PCM DI VIA ARQUÀ, 5 A MODENA CON:

- 1) QUESTO MODULO compilato e firmato in ogni sua parte
- 2) Il PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITA' (qualunque sia l'età)
- 3) Eventuale documentazione ed esami clinici effettuati per patologie in atto, pregresse o sospette

I minorenni devono essere accompagnati da un genitore.