

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA  
PER L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA  
(D.M.18-2-1982-L.R. 9-7-2003 N°35)**

La Società sportiva: **A.C.D.BAGNO A RIPOLI** via Roma 78 50012 Bagno a Ripoli tel 055630897 fax 055630483

Email: [info@acdbagnoaripoli.it](mailto:info@acdbagnoaripoli.it) C.F.e P.IVA 05994350485

Matricola Società L.N.D.66415

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale : **FEDERAZIONE ITALIANA GIUOCO CALCIO**

**CHIEDE**

Per il proprio atleta:

Nato in : \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA AGONISTICA dello sport CALCIO

prima affiliaz.

Rinnovo

visita di controllo ai sensi delle lett. D) ed E) delle note esplicative dell'alleg. 1 del D.M. 18-2-82

E DELL'ART. , COMMA 2 DELLA L.R. 25/2003

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione sportiva nazionale.  
Bagno a Ripoli



Firma Presidente  
(Agostino Ognibene)

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Agostino Ognibene", written over the printed name.