



**Unità Funzionale Aziendale di Medicina dello Sport**

Responsabile Dott. Nicola Mochi

e-mail [med.sportiva@mail.vdn.usl3.toscana.it](mailto:med.sportiva@mail.vdn.usl3.toscana.it)

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA  
(ai sensi del DECRETO DEL 8 AGOSTO 2014 DEL MINISTERO DELLA SALUTE,  
pubblicato sulla G.A. del 18 ottobre 2014)

L a Società Sportiva/A.S.D. ....-

Affiliata all'ente di promozione Sportiva



riconosciuto

**CHIEDE**

Per il proprio atleta .....

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

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

**Una visita medica ed il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica sportiva NON  
AGONISTICA (ai sensi del DECRETO DEL 8 AGOSTO 2014 DEL MINISTERO DELLA  
SALUTE, pubblicato sulla G.A. del 18 ottobre 2014)**

**Data**

**Timbro e firma del presidente della società**

.....

.....