



**RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA**

**AGONISTICA** (D. M. Sanità 18.02.1982 - D. M.  
Sanità 04.03.1993)

Data \_\_\_\_\_

La Società Sportiva: **ASD FUNTOS BIKE**

con sede in: **via 42 MARTIRI, n.86 - CAP 28924 - VERBANIA (VB)**

indirizzo e-mail: **INFO@FUNTOSBIKE.IT** - indirizzo e-mail PEC: **BUAROTTI@PEC.IT**

**affiliata a:**

Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: **CSAIN**  
affiliata regolarmente per l'anno con codice n. : **01VB024**

**chiede per il proprio atleta:**

cognome e nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

e-mail/PEC \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**una visita medico – sportiva per l' idoneità alla pratica agonistica dello sport:**

(scrivere in stampatello, 1 sport per ogni modulo)

\_\_\_\_\_  
 prima affiliazione

\_\_\_\_\_  
 rinnovo



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

**Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva  
NON AGONISTICA DEL CICLISMO**

Sig.ra/Sig. ....

Nata/o a ..... il ...../...../.....

Residente a .....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dai valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ...../...../..... , non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica del ciclismo.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

.....