
Timbro della Scuola/Istituto

Prot. _____

data ____ / ____ / ____

Alla struttura pubblica di Medicina dello Sport

Oggetto: richiesta di visita medica per l' idoneità alla pratica
Sportiva agonistica di cui al D. M. 18/02/1982.

L' istituto/Scuola _____

Comune di _____ via _____

Tel. _____ fax: _____

D I C H I A R A

Che il/la proprio/a alunno/a _____ nato/a a _____

_____ Prov. di _____ il ____ / ____ / ____ è stato/a

ammesso/a per lo sport _____ alla finale nazionale dei G.S.S

201 / 201 , indetta dalla Direzione Generale per lo Status dello studente con nota prot. _____

del ____ / ____ / ____

C H I E D E

Che lo/a stessa venga sottoposto/a visita di valutazione medica per l' idoneità alla pratica sportiva agonistica
relativa allo sport citato.

ASL di appartenenza _____

Data _____

Il Dirigente Scolastico

(timbro e firma leggibile)

Indicare, fra quelle di seguito riportate, la struttura sanitaria di competenza:

- A.S.L. _____
- Azienda Ospedaliera _____
- Azienda Universitaria Policlinici (1° e 2°) _____