



	Cognome e nome dell'Atleta Cognome e nome del genitore Data di nascita del genitore	Data e Luogo di nascita	Residenza e indirizzo	Telefono	Codice Fiscale	Scadenza visita precedente Giorno/Mese	Data visita	Orario
5								
6								
7								
8								

Il sottoscritto Legale Rappresentante della summenzionata Società Sportiva dichiara, sotto la propria personale responsabilità civile e penale, che le notizie fornite rispondono a verità e che gli atleti soprannominati praticano l'attività sportiva agonistica di cui si richiede l'idoneità.

Data .....

Firma .....

**NOTA BENE:** La richiesta incompleta, non darà diritto alla prenotazione.

Gli atleti dovranno presentarsi alla visita muniti di documento di riconoscimento.

Gli atleti che non si presentano ad effettuare le prestazioni senza provvedere a comunicare disdetta entro i due giorni lavorativi precedenti, **DOVRANNO PROVVEDERE AL PAGAMENTO DELLA QUOTA CORRISPONDENTE ALL'INTERO COSTO DELLA PRESTAZIONE (D.G. R. 14-10073 DEL 28.07. 03).**

La società è tenuta, ad acquisire firma del genitore all'atto della consegna della prenotazione.



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

ASL TO3 S.C. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

**SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT**

indirizzo: COLLEGNO VIA TORINO 1 - 0114017086/289/061- email: [medicinasport.collegno@aslto3.piemonte.it](mailto:medicinasport.collegno@aslto3.piemonte.it)  
PINEROLO VIA BIGNONE 15 0121235440-436 - [medicinasport.pinerolo@aslto3.piemonte.it](mailto:medicinasport.pinerolo@aslto3.piemonte.it)