

RICHIESTA DI VISITA PER IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA

Si richiede la visita di idoneità sportiva agonistica per l'atleta: _____

Nato il: _____ a: _____

Residente a _____ via _____

Tel.: _____

Sport praticato: _____

Società Sportiva: _____

con sede nel Comune di _____ via _____

Data: _____

Timbro della Società Sportiva
(con firma del legale rappresentante)

Nota

Le prenotazioni potranno essere fatte agli Sportelli CUP/CASSA e Sportelli Unici o presso le Farmacie dell'Azienda USL di Imola negli orari di apertura presentando questo modulo compilato e firmato, o tramite Cup telefonico al n. 848 831313 (in questo caso il modulo sarà presentato al momento della visita all'ambulatorio di Medicina dello Sport).

Per gli atleti al di sopra dei 40 anni di età (per i quali occorre eseguire test da sforzo monitorato ECG) la prenotazione continuerà ad essere direttamente effettuata presso l'ambulatorio di Medicina dello Sport (Ospedale Vecchio di Imola – tel 0542604073) dalle ore 12 alle ore 13,30 dal lunedì al venerdì.

Per i minori e per i disabili di ogni età la prestazione è gratuita