

---

**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°) \_\_\_\_\_