|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **M MS 001**  **RICHIESTA PRENOTAZIONE**  (da compilare a cura della società sportiva - pag. 1/2) | Data di emissione: 08/03/2021 Revisione n°: 6  Approvato ed emesso in originale |

AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE S.C. SISP – S.S. MEDICINA DELLO SPORT

VIA TORINO N° 1 – 10093 COLLEGNO (TO) - Tel. 011/4017086/ 061/ 289 – Fax 011/4017834

**E-Mail :** [**medicinasport.collegno@aslto3.piemonte.it**](mailto:medicinasport.collegno@aslto3.piemonte.it)

**VIA BIGNONE N° 15 -10064 PINEROLO (TO) – Tel. 0121/235436/5438/5440 – Fax: 0121/397683 - E-Mail:** [**medicinasport.pinerolo@aslto3.piemonte.it**](mailto:medicinasport.pinerolo@aslto3.piemonte.it)

La Società Sportiva , denominata ……………………………………………………..con sede a ……………………………….. CAP ………….via ………………………………………C.F./P.IVA…………………………telefono ………………………, nella persona del proprio Legale Rappresentante Sig. …………………………………………………..residente a ………………………………………. CAP………….via…………………………………………………………..telefono………………….. ……………….email…………………………………………………………attesta che i sottoelencati atleti praticano , quali dilettanti in maniera agonistica , la disciplina sportiva ………………………………

e pertanto chiede che vengano sottoposti agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/82 .

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cognome e nome dell’Atleta**  **Cognome e Nome Genitore Data di nascita genitore** | **Data e Luogo di Nascita** | **Residenza e Indirizzo** | **Telefono** | **Codice fiscale** | **Scadenza Visita precedente Giorno/Mese Anno** | **Data Visita** | **Orario** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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.

Altresì è tenuta a far pervenire alla Struttura scrivente ” S.S. Medicina dello Sport – 10093 Collegno (TO)”, copia della richiesta comprensiva della firma/e del genitore/ri.



ASL TO3 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - S.C. SISP - *DIRETTORE: Dr. ENRICO PROCOPIO*

**S.S. MEDICINA DELLO SPORT**

indirizzo: COLLEGNO VIA TORINO 1 - 0114017097/087 fax 0114017834 email: medicinasport.collegno@aslto3.piemonte.it

PINEROLO VIA BIGNONE 15 0121235440-436 medicinasport.pinerolo@aslto3.piemonte.it

ASL TO3 – DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – STRUTTURA COMPLESSA SERVIZIO IGIENE E SANITA’ PUBBLICA