

Regione Siciliana  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE 3**  
**CATANIA**  
RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA  
(D. M. Sanità 18 – 2 – 82)

..... Catania ..... li .....

La Società Sportiva **POSEIDON SWIM S.S.D. A R.L.** ..... affiliata a:

-Federazione Sportiva Nazionale..... F.I.N. CODICE AFFILIAZIONE SIC-996369 .....

-Ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI .....

**chiede per il proprio atleta**.....

nato a..... il .....

residente a .....

via .....

una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

del NUOTO .....

prima affiliazione .....  rinnovo .....

SPAZIO RISERVATO ALLA REGIONE

(Firma del Presidente e timbro della Società)

**Poseidon Swim S.S.D. a.r.l.**  
*[Firma]*  
**L'Amministratore Unico**