

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT  
NON AGONISTICO**

**LA SOCIETA' SPORTIVA** ..... ASD BOLOGNA FC 1909 .....  
Sede Sociale: Via... GESSO .....  
N° 26 ..... Città .. ZOLA PREDOSA ..... C.A.P. 40069 .....  
Telefono 3921304682 ..... Fax 0519924522 .....  
Codice Fiscale della Società Sportiva ..... 91368650379 .....  
Codice Affiliazione Federale ..... 940792 .....

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA  
NON AGONISTICA**

**DELLO SPORT** ..... CALCIO .....

**Per l'ATLETA:**

COGNOME ..... NOME .....

Nato a ..... il .....

Residente in ..... C.A.P. ....

Via ..... N° .....

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE**

**ASD - Bologna FC 1909**  
Sede: Via Gesso, 26  
40069 Zola Predosa (BO)  
Fax 051.9924522  
C.F. 91368650379  
P.IVA 03410451201

**AUTODICHIARAZIONE**

Il sottoscritto ..... (esercente la potestà genitoriale sul  
minore ..... ) dà il consenso alla  
effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

Data.....