

**Spett.**  
**Gruppo Sportivo**  
**C&TL CARIPIT**  
**Via N. Paganini, 7**  
**51100 PISTOIA**

Da ritornare  
per **FAX: 0573/503865**  
oppure per **email: segreteria@cetl.i**

## **RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA**

Io sottoscritto (\*)

Luogo di Nascita

Data di Nascita

Codice Fiscale

Luogo di Residenza

Cap

Indirizzo

N. Telefono Cellulare

Indirizzo email

### **RICHIEDO LA VISITA MEDICO SPORTIVA PER LE SEGUENTI ATTIVITA'**

Tennis \_\_\_\_ Podismo/Atletica Leggera \_\_\_\_ Sci Slalom \_\_\_\_ Bike \_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**CHIEDO** che la richiesta dell'Associazione C&TL Caripit, per poter effettuare la Visita Medico Sportiva presso un Centro di Medicina Sportiva dell'ASL o presso un Centro Medico autorizzato:

Mi venga inviata all'indirizzo email sopra indicato \_\_\_\_

Provvederò a ritirarlo personalmente presso la Segreteria dell'Associazione \_\_\_\_

**DICHIARO** di essere a conoscenza delle regole stabilite dai Regolamenti interni dell'Associazione C&TL Caripit e del Gruppo Sportivo C&TL Caripit in materia di Requisiti Sanitari per la partecipazione alle Attività Sportive.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma )