

**AZIENDA U.L.S.S. N. 20 DI VERONA**

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto DANILO ZANTEDESCHI  
 rappresentante legale della Società Sportiva C.U.S. VERONA  
 con sede in VERONA  
 Via LE UNIVERSITA' 4 Tel. n. 045-595533

**CHIEDE**

che sia rilasciata la prescritta attestazione di idoneità per gli atleti sottoelencati, che praticano attività agonistica per il seguente sport KENDO

Il sottoscritto, sotto la sua piena responsabilità, consapevole delle disposizioni previste dalla legge nei confronti di chi produce dichiarazioni false,

**DICHIARA**


- che tutti gli atleti elencati ancorchè non professionisti o semiprofessionisti sono "agonisti". Tale qualificazione è stata formulata dalla Federazione Nazionale o dall'Ente sportivo riconosciuto;
- che ai fini dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria - art. 3 D.L. n. 382/89 convertito in legge n. 8/90 -, di atleti contrassegnati con asterisco non hanno superato il 18° anno d'età.

COGNOME E NOME	DATA NASCITA	N. TESS. FED. CONI O N. TESS. ENTE RICH.	ALTRO SPORT PRATICATO A LIV. AGONISTICO	1) N° TESSERA SAN.
INDIRIZZO				2) MOTIVO D'ESCLUSIONE**
				1)
				2)
				1)
				2)
				1)
				2)
				1)
				2)
				1)
				2)



TIMBRO DELLA SOCIETA

DATA \_\_\_\_\_

 IN FEDE   
 (firma del Rappresentante legale)

AZIENDA U.L.S.S. N. 20 DI VERONA - DISTRETTO S.B. N. \_\_\_\_\_

AUT. N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

Il Centro F.M.S.I. - VR è autorizzato ad effettuare gli accertamenti specialistici previsti dal D.M. 28.2.82 per il rilascio della relativa attestazione. L'autorizzazione non è valida per quegli atleti per i quali sono stati specificati i motivi dell'esclusione.

\*\* L'eventuale esclusione va motivata a cura del Distr. Sanitario di Base.

IL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO

DATA \_\_\_\_\_

N.B.: La presente domanda va inoltrata in triplice copia al Distretto Sanitario competente, che rilascerà l'autorizzazione in 2 copie alla Società richiedente, trattenendo un copia agli atti.