

	M MS 001 RICHIESTA PRENOTAZIONI (da compilare a cura della società sportiva - pag. 1/2)	Data di emissione: 14/10/2025 Revisione n°: 12 Approvato ed emesso in originale
--	---	---

AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – SERVIZIO 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
VIA BIGNONE N° 15 -10064 PINEROLO (TO) – Tel. 0121/235414 - E-Mail: medicinasport.pinerolo@aslto3.piemonte.it

La Società Sportiva , denominatacon sede aCAP.....via.....
C.F./P.IVA.....telefono....., nella persona del proprio Legale Rappresentante
 Sig.residente avia.....CAP.....telefono.....
 Email..... - Persona referente delle prenotazioni Sig./Sig.ra.....Tel

attesta che i sottoelencati atleti praticano, quali dilettanti in maniera agonistica, la disciplina sportivae 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 diNascita	Residenza e Indirizzo	Telefono	Codice fiscale	Scadenza Visita precedente Giorno/Mese/ Anno	Data Visita	Orario
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

	Cognome e nome dell'Atleta Cognome e Nome Genitore. Data di nascita genitore	Data e Luogo diNascita	Residenza e Indirizzo	Telefono	Codice fiscale	Scadenza Visita precedente Giorno/Mes e/Anno	Data Visita	Orario
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								

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 e timbro.....

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.

Il modulo M MS 001 dovrà contenere l'elenco degli atleti che hanno la medesima scadenza della visita. In caso di atleti con scadenze mensili diverse la Società dovrà compilare più modelli M MS 001



www.regione.piemonte.it/sanita

ASL TO3 - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - Direttore: Dott. Ugo BALDI - SERVIZIO MEDICINA DELLO SPORT

SEDE DI COLLEGNO – Via Torino 1 – Tel. 011 4017097/087 fax 0114017834 e-mail: medicinasport.collegno@aslto3.piemonte.it

SEDE DI PINEROLO – Via Bignone 15 - Tel 0121 235414 e-mail: medicinasport.pinerolo@aslto3.piemonte.it