

LIBRETTO SANITARIO DELLO SPORTIVO

IL PRESENTE LIBRETTO E' PERSONALE

Il titolare dovrà consegnarlo al medico in occasione di ciascuna visita di idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica. Il libretto sanitario dello sportivo verrà custodito dal titolare mentre il certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica verrà consegnato alla società sportiva di appartenenza.

In caso di idoneità non agonistica il presente libretto vale, a tutti gli effetti, come certificato di idoneità.
In caso di idoneità agonistica la certificazione può essere rilasciata solo da un medico specialista in medicina dello sport.

COGNOME TUBINI NOME MARTINO
 NATO/A A PARMA IL 9/8/2011
 RESIDENTE A SALA BAGANZA PROV PR
 VIA V. MARCONI N 7 Bis
 CODICE FISCALE MSNMTN11009337M TESSERA SANITARIA n _____

DATA <u>09.09.2016</u> SPORT PRATICATO _____ SOCIETÀ SPORTIVA _____ IDONEITÀ NON AGONISTICA n. mesi <u>12</u> IDONEITÀ AGONISTICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO n. mesi _____ NOTE _____	DATA <u>12.09.17</u> SPORT PRATICATO _____ SOCIETÀ SPORTIVA _____ IDONEITÀ NON AGONISTICA n. mesi <u>12</u> IDONEITÀ AGONISTICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO n. mesi _____ NOTE _____	DATA _____ SPORT PRATICATO _____ SOCIETÀ SPORTIVA _____ IDONEITÀ NON AGONISTICA n. mesi _____ IDONEITÀ AGONISTICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO n. mesi _____ NOTE _____
MEDICO CERTIFICATORE (timbro e firma) Dr. Cantadori Claudio CNTCLD52L06G337E Convenzionato SSN-Az. USL di Parma Pediatra di libera scelta	MEDICO CERTIFICATORE (timbro e firma) Dr. Cantadori Claudio CNTCLD52L06G337E Convenzionato SSN-Az. USL di Parma Pediatra di libera scelta	MEDICO CERTIFICATORE (timbro e firma)
DATA _____ SPORT PRATICATO _____ SOCIETÀ SPORTIVA _____ IDONEITÀ NON AGONISTICA n. mesi _____ IDONEITÀ AGONISTICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO n. mesi _____ NOTE _____	DATA _____ SPORT PRATICATO _____ SOCIETÀ SPORTIVA _____ IDONEITÀ NON AGONISTICA n. mesi _____ IDONEITÀ AGONISTICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO n. mesi _____ NOTE _____	DATA _____ SPORT PRATICATO _____ SOCIETÀ SPORTIVA _____ IDONEITÀ NON AGONISTICA n. mesi _____ IDONEITÀ AGONISTICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO n. mesi _____ NOTE _____
MEDICO CERTIFICATORE (timbro e firma)	MEDICO CERTIFICATORE (timbro e firma)	MEDICO CERTIFICATORE (timbro e firma)

AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE: Per la certificazione di idoneità alla pratica sportiva NON AGONISTICA, NON devono essere compilati gli spazi relativi allo sport praticato e alla società sportiva. In caso di particolari indicazioni circa l'eventuale idoneità allo svolgimento di una particolare tipologia di attività sportiva, il medico è tenuto a specificare nell'apposito spazio "note" le proprie valutazioni. Per la certificazione di idoneità alla pratica sportiva AGONISTICA, devono essere compilati sia lo spazio relativo allo sport praticato, sia quello relativo alla società sportiva di appartenenza, barrando la voce interessata (SI o NO).