MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

(D.M. Sanità 18/02/1982)

L'ASD Federazione Italiana OCR, CF94261820487, con sede in Via Pagnini 18, Firenze, CHIEDE

Per l'atleta
_____ nat_ il ___/____/_____
a _____
Codice Fiscale _____
Residente a _____

per Anno sportivo **2026** la visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA AGONISTICA dello sport **Atletica Leggera, Pentathlon Moderno e\o Obstacle Sport**

O PRIMA VISITA O RINNOVO

Si dichiara che l'attività pratica dell'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione sportiva nazionale.

Data
01-01-2026

Firma del presidente
Mauro Leoni

FIOCR Federazione Italiana Obstacle Course Race
ASD Federazione Italiana OCR
Via di Novoli n. 33/15
50134 Firenze
CF 94261820487