



CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA
"CITTA' DI CREMA"

Direttore Sanitario Dott. Della Frera Walter

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

Richiesta di accertamenti diagnostici aggiuntivi

Data, _____

Al Centro Diabetologico
Competente e sua SEDE

Si richiede per l'atleta _____

Nato a _____ Il _____

Residente a _____

Via _____

In cura presso codesto Centro Diabetologico, la visita specialistica con parere finalizzato all'attività SPORTIVA
AGONISTICA per lo sport _____ ai sensi della legge 115/87 art.8

Lo specialista in Medicina dello Sport visitatore

Timbro e firma

RISERVATO AL CENTRO DIABETOLOGICO

Si certifica che l'atleta _____

Nato a _____ Il _____

Residente a _____ Via _____

Non presenta per la patologia di riferimento controindicazioni alla pratica AGONISTICA dello sport
_____ e non assume farmaci incompatibili con tale attività.

Il Medico del Centro Diabetologico

Timbro del Centro Diabetologico

Timbro e firma