



CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA
"CITTA' DI CREMA"

Direttore Sanitario Dott. Della Frera Walter

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

Richiesta di accertamenti diagnostici aggiuntivi

Data, _____

Al C.R.E.

Competente e sua SEDE

Si richiede per l'atleta _____

Nato a _____ Il _____

Residente a _____

Via _____

In cura presso codesto C.R.E., la visita specialistica con parere finalizzato all'attività SPORTIVA AGONISTICA per lo sport _____

Lo specialista in Medicina dello Sport visitatore

Timbro e firma

RISERVATO AL C.R.E.

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 C.R.E.

Timbro del C.R.E.

Timbro e firma