



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