



CROCE ROSSA ITALIANA
Centro "A. Torrigiani"
Firenze

UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA DELLO SPORT

(Accreditata D.G.R.T. n.° 4273 del 10/10/2011)

CONVENZIONE con SOCIETA' SPORTIVA

MD-MS/18

pag. 1 di 1

MOD - rev 3 del 11/12/2014

SOCIETA' US NAVE A.S.D. FEDERAZIONE UISP LEGA ATLETICA
 INDIRIZZO VIA VILLAMAGNA 111 CITTA' FIRENZE CAP 50126
 TELEFONO 3386924969 FAX / EMAIL presidenzanave@libero.it
 SITO INTERNET WWW.USNAVE.IT
 IL SIG. SPILLI MARCO in qualità di:

Presidente **Dirigente** **Legale Rappresentante**

In data 11/11/2015

CHIEDE VISITE MEDICO SPORTIVE DI IDONEITA' PER ATTIVITA'

<input type="checkbox"/> Agonistica atleti minorenni	Tariffa prestazione fissata in € <u>55,00</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Agonistica atleti maggiorenni fino a 35/40 anni (*)	Tariffa prestazione fissata in € <u>55,00</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Agonistica atleti maggiorenni oltre 35/40 anni (*)	Tariffa prestazione fissata in € <u>80,00</u>
<input type="checkbox"/> Non agonistica atleti minorenni	Tariffa prestazione fissata in € <u>50,00</u>
<input type="checkbox"/> Non agonistica atleti maggiorenni fino a 35/40 anni (*)	Tariffa prestazione fissata in € <u>50,00</u>
<input type="checkbox"/> Non agonistica atleti maggiorenni oltre 35/40 anni (*)	Tariffa prestazione fissata in € <u>75,00</u>

(*) In funzione della tipologia di sport. - Sono escluse eventuali visite mediche specialistiche e/o esami specialistici.
 - Pagamenti individuali al momento della visita

- Gli atleti maggiorenni per attività agonistica si devono presentare alla visita con:
 richiesta della Società, libretto medico-sportivo, documento di identità e codice fiscale, n.1 foto formato tessera e provetta con campione urine della mattina a digiuno o copia referto esami urine.
 Per altre tipologie di atleti contattare la Segreteria.

- La Società sportiva incarica il singolo atleta per il ritiro del certificato

La durata della convenzione si intende annuale a partire dal _____ ed essa si rinnoverà tacitamente di anno in anno salvo disdetta da inviarsi da una delle parti tre mesi prima della scadenza.

Il Presidente o Dirigente della Società
 (Timbro e firma)
 U.S. NAVE
 Via Villamagna, 111
 50126 FIRENZE
 C.F. 94180920489

Il Legale Rappresentante della C.R.I. - Centro Torrigiani
 (Timbro e firma)
 CROCE ROSSA ITALIANA
 Presidio "A. Torrigiani"
 U.O. Medicina dello Sport
 Via Camerata, 10 - 50133 FIRENZE
 Tel. 055.574251/2 - Fax 055.5000975
 P. IVA 01619341065 - C.F. 01996810583

Nota per il Centro Torrigiani: Inviata copia timbrata e firmata alla Società il _____ via _____