

RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA

(D. M. Sanita 18.02.1982 - D. M. Sanita 04.03.1993)

Data / /

La Società Sportiva _____ con sede in _____ CAP _____

Via/piazza _____ n. _____ e-mail _____

indirizzo e-mail PEC _____ affiliata a:

- Federazione Sportiva Nazionale (sigla) _____
- Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto (sigla) _____

dal ____/____/____ - con codice affiliazione n. _____

chiede per il proprio atleta:

cognome e nome _____

nato a _____

il ____/____/____ residente a _____ via/piazza _____

n. _____ codice fiscale _____

una visita medico - sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport: _____

Firma del Presidente e timbro della società Sportiva

