

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

(D.M. 18/02/1982; Circ. Min. Sanità n° 7 del 31/01/1983)

LA SOCIETA' SPORTIVA _____

Sede Sociale: Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____

Telefono _____ Fax _____

e-mail: _____

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva _____

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____

dal |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| con codice n. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA dello SPORT _____ prima affiliazione rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)**Per l'ATLETA**

COGNOME _____ NOME _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ CAP _____

Domiciliato in _____ CAP _____

Via _____ n° _____

Telefono _____

Codice Fiscale n. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Firma del presidente e timbro della società

_____, lì _____