Presidio Ospedaliero "Immacolata Concezione" Piove di Sacco

Via San Rocco 8, presso Poliambulatorio 1 piano
tel. **049 9718310** - mail: medicinasportpiove.ulss16@aulss6.veneto.it

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M.Sanità 18-2-1982)

data .....

LA SOCIETÀ SPORTIVA ..... Codice federale .....

AFFILIATA AL (*) FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE ☐ .....

ENTE DIPROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTO DAL CONI ☐ .....

CHIEDE PER IL PROPRIO ATLETA .....

DOCUMENTO IDENTITÀ ..... N. .....

NATO A ..... IL .....

RESIDENTE A ..... VIA .....

UNA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

DELLO SPORT ..... CATEGORIA .....

PRIMA AFFILIAZIONE ☐

RINNOVO ☐

ATLETA DILETTANTE ☐

ATLETA SEMIPROFESSIONISTA ☐

ATLETA PROFESSIONISTA ☐

CERTIFICATO DI IDONEITÀ PRECEDENTE RILASCIATO il .....

.....
firma del presidente timbro della società

Vaccinazione antitetanica SI NO

(*) barrare con X se Federazione o Ente e indicare la relativa sigla

MOD. 12226 exCS72844 5000 - 10/2018 Centro Stampa