

Sede Monselice (Schiavonia) – Via Albere, 30
Tel. 0429 715290 – mail: medsportiva.mons@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

ATLETA DILETTANTE

RINNOVO

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