

[Digitare qui]

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

(D.M. Sanità 18.2.1982 - Circolare Ministero 31 gennaio 1983, n. 7)

Il sottoscritto _____ Legale Rappresentante della
Società/Associazione Sportiva Dilettantistica _____ con
Sede in _____ Via _____ n. _____ tel. _____
Email _____ PEC _____

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____
 Disciplina Associata _____
 Ente di promozione sportiva _____

Chiede

per il proprio atleta: _____

Nato\ a _____ il _____

Residente a _____ in via\piazza _____

C.F. _____

UNA VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT:

trattasi di: prima visita rinnovo certificazione con scadenza il _____

Data:

Firma del Presidente e Timbro della Società sportiva