

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

LA SOCIETA' SPORTIVA

Sede Sociale: Via.....

N°..... Città C.A.P.

Telefono.....Fax.....

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva

Codice Affiliazione Federale.....

CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA ☐ - **NON AGONISTICA** ☐

DELLO SPORT

Per l'ATLETA:

COGNOME.....**NOME**.....

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA SOCIETÀ
