



Ospedale di Piove di Sacco - Via San Rocco, 8

Tel. 049 9718310 - fax 049 9718277 - mail: medicinasportpiov_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 A (*) 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