

**Sede Distrettuale di Rubano - Via Spinelli, 1**Tel. 049 8216823 - fax 049 8216984 - mail: medsport.d4_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 societàVaccinazione antitetanica SI NO

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