



Ospedale di Conselve - Via V. Emanuele II

Tel. 049 9598160 - fax 049 9598103 - mail: medsportiva.cons@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