



Ospedali Riuniti Padova Sud - Via Albere, 30

Tel. 0429 715290- mail: [medsportiva.este@aulss6.veneto.it](mailto:medsportiva.este@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