

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983;)

LA SOCIETA' SPORTIVA

Sede Sociale: Via..... N°.....

Città C.A.P. Prov.

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

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva

Codice Affiliazione Federale.....

CHIEDE

**Visita Medico Sportiva per
RILASCIO CERTIFICATO MEDICO PER IDONEITA' SPORTIVA
AGONISTICA**

PER LO SPORT

ATLETA:

COGNOME..... NOME.....

Nato a il

Codice Fiscale

Residente in C.A.P. Prov.

Via N°

Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE
