

RICHIESTA VISITA MEDICA SPORTIVA**L'ATLETA:**

Cognome.....
Nome.....
Nato a il
Codice fiscale.....
Residente a Prov. C.A.P.
Via N° Telefono
Documento d'identità: Tipo..... N.....

PRATICA SPORTIVA.....

SEZIONE A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA:

(Da compilarsi per richiesta certificato idoneità sportiva agonistica in convenzione con il S.S.R.)

Nome Società Sportiva.....
Indirizzo Sede Sociale.....
Città C.A.P.
Telefono..... Fax.....
Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva
Codice Affiliazione Federale.....

RICHIEDE CHE L'ATLETA, DI CUI SOPRA, VENGA SOTTOPOSTO A VISITA DI IDONEITÀ SPORTIVA PER RILASCIO CERTIFICATO IDONEITÀ PRATICA SPORTIVA AGONISTICA.

DATA**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE**
