

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ SPORTIVA

(DM 18/02/1982; Circ. Min. Sanità 31/01/1983)

LA SOCIETÀ SPORTIVA:

Sede sociale: via n.

Città CAP Prov.

Telefono FAX MAIL

CF. P.IVA della società sportiva

Codice Affiliazione Federale

CHIEDE

**Visita medico sportiva per
RILASCIO DI CERTIFICATO MEDICO PER IDONEITÀ SPORTIVA**

AGONISTICA **NON AGONISTICA**

PER LO SPORT _____

ATLETA:

COGNOME NOME

Nato a Il

Codice Fiscale.....

Residente in CAP..... Prov.

Via n.....

Telefono

Timbro e firma del responsabile
