

Policlinico Triestino S.p.A.	MODULO
	RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA

La Società Sportiva _____
 con sede in _____ Via _____
 E-mail _____ Tel. n° _____ / _____ Fax n° _____ / _____
 nella persona del suo legale rappresentante sig./ra _____
 residente a _____ Via/Piazza _____ n° _____
 telefono _____, affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____ e/o all'Ente di
 Promozione Sportiva Riconosciuto _____ dal ___/___/___ con codice n° _____
 dichiara che i sotto elencati atleti dilettanti praticano sport agonistico per l'anno ___/___ e **CHIEDE** che vengano
 sottoposti a visita medica di idoneità agonistica per lo sport:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENZA (COMUNE)	CODICE FISCALE	SCADENZA CERTIFICATO*

Sotto la mia personale responsabilità dichiaro che le notizie anagrafiche e la qualifica agonistica di cui all'elenco sopra riportato rispondono a verità.

Data ___/___/___

Firma del presidente e timbro della società

* In caso di prima visita indicare "1ª visita"