

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA

(D.M. Sanità 18-02-1982)

AGONISTICA

NON AGONISTICA

La società sportiva _____

Affiliata al _____

CHIEDE PER IL PROPRIO ATLETA

Cognome e Nome _____

Nato a _____ Il _____

Residente a _____ CAP _____

Via _____ Nr. _____

Documento d'identità: _____ Nr. _____

Codice Fiscale _____

Una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

In caso di minore, o in assenza di uno dei genitori, scrivere la delega nello spazio sottostante allegando la fotocopia del documento d'identità del richiedente e del delegato.

Santa Maria di Sala, lì _____

Firma del presidente e
Timbro della società sportiva

Firma del richiedente

Poliambulatorio Salese srl

Tel. 041 8628298
www.poliambulatoriosalese.it
info@poliambulatoriosalese.it
P. Iva 04613980277

Direttore Sanitario

Dott. Schiavon Davide
Spec. in Ortopedia e
Traumatologia

Dove Siamo

Via Cavin di Sala, 30
Santa Maria di Sala
(Venezia) – 30036