

Richiesta visita medica

La scrivente Associazione richiede:

Visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica dello sport _____

AGONISTICA NON AGONISTICA

Per l'atleta (nome e cognome) _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Cod. Fiscale _____ Tessera sanitaria _____

Treviso, __/__/____

IL PRESIDENTE

Enrico Stecca


NOI San Paolo - APS
Via Grecia 2, 31100 Treviso TV
Codice Fiscale: 94006980265

Per i minorenni, da compilare a cura del genitore:

Il sottoscritto _____

esercitante la patria potestà sul minore _____

dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti medici previsti per il rilascio del certificato di idoneità.

Firma del genitore/tutore
