Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto

Azienda Unita' Locale Socio Sanitaria N. 13

PRESIDIO OSPEDALIERO SEDE DI

☐ DOLO ☐ MIRANO ☐ NOALE

SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M. Sanità 18-2-1982)

DATA _____

REGIONE _____

La Società sportiva ASD PALLAVOLO STRA

affiliata al CONI - FIPAV

Federazione Sportiva Nazionale

Ente di promozione sportiva riconosciuta dal CONI

chiede per il proprio atleta

Cognome e Nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n. _____

ULSS N. _____ REGIONE _____ N. TESS. SAN. _____

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

prima affiliazione

rinnovo

Firma del Presìdente e Timbro della Società sportiva

(compilare a macchina o stampatello)

PALLAVOLO Stra
ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
P. IVA 03165420275

MOD. MS/7 centro stampa ulss 13 - dolo