



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA

(D.M. 18/2/1982: Circ. Min. Sanità 31/1/1983)

L'Associazione Sportiva Dilettantistica POLISPORTIVA ANNIA

Sede Sociale: Via **ALDO MORO** n° **20** Città: **QUARTO D'ALTINO** Provincia: **VENEZIA**

Telefono: **+39 392 230 92 08**

Codice Fiscale e/o Partita Iva della Società Sportiva: **03000590277**

Codice Affiliazione Federale: **FIPAV 060270170**

CHIEDE

Visita medico Sportiva per

RILASCIO CERTIFICATO MEDICO PER IDONEITA' SPORTIVA

AGONISTICA – NON AGONISTICA

PER LO SPORT: PALLAVOLO

Per l'ATLETA:

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a: _____ il: ____ / ____ / ____

Codice Fiscale: _____

Residente a: _____ Provincia di _____

Via: _____ n: _____ Cap: _____

Telefono: _____

Data ____/____/____

Timbro e Firma del Responsabile di Sezione