

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA

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

Il sottoscritto _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale: _____

residente a _____ (_____) C.A.P. _____

in via _____ n. _____

Telefono _____

CHIEDE

**di sottoporsi a Visita Medico Sportiva per
RILASCIO DI CERTIFICATO MEDICO**

PER IDONEITA' SPORTIVA

AGONISTICA **NON AGONISTICA**

PER LO SPORT: _____

Mestre, li _____

FIRMA
