REGIONE PIEMONTE

AZIENDA REGIONALE – ASL AL

CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT

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

DATA ..... COMUNE .MONLEALE (AL)..... REGIONE PIEMONTE.....
SOCIETA' SPORTIVA ....ASD MONLEALE SPORTLEALE .....
AFFILIATA AL ....FISR / CONI NR. 03213 / 145727.....
(Federazione sportiva nazionale o ente riconosciuto dal CONI)
INDIRIZZO ....CORSO ROMA 34 – MONLEALE (AL).....

Chiede per il proprio atleta sottoelencato visita medico sportiva ad attività AGONISTICA.

COGNOME ..... NOME .....
NATA/O A ..... IL .....
RESIDENTE ..... VIA .....
CODICE FISCALE ..... USL .....
DOCUMENTO DI IDENTITA' .....
SPORT PER CUI E' STATA RICHIESTA LA VISITA .....

PRIMA AFFILIAZIONE ☐ **RINNOVO ISCRIZIONE** ☐

A.S.D. Monleale Sportleale
Corso Roma n° 34
15059 Monleale (AL)
P./Iva 02320970063

Firma del Presidente e
Timbro della Società