

## MODULO RICHIESTA VISITA AGONISTICA

La società scrivente richiede VISITA MEDICA di idoneità sportiva agonistica

per lo sport **PALLACANESTRO**

per l'Atleta \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

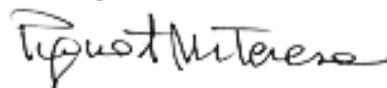
Tipologia Visita (barrare la casella):

Prima visita

Rinnovo

Scadenza certificato medico attuale \_\_\_\_\_

Il Presidente della Società Sportiva  
*Pignat Maria Teresa*



Fiume Veneto, \_\_\_\_\_

N.B. Detta richiesta va consegnata all'atto della visita