



STUDIO MEDICO  
DOTTOR ROBERTO MANCINI

## RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA AGONISTICA

Società Sportiva \_\_\_\_\_

Presidente / Responsabile \_\_\_\_\_

Atleta \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Timbro della Società:

Firma del Presidente / Responsabile: \_\_\_\_\_