RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA

La Società Sportiva _____

nella persona del Presidente / Responsabile _____

con sede sociale in Via _____ n. _____ città _____

telefono _____ e-mail _____

affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale _____

richiede per l'Atleta _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

C.F. _____

O Certificato agonistico
O Certificato non agonistico

per lo sport _____

Dichiara sotto la propria responsabilità la veridicità dei dati sopra riportati.

data _____

timbro della Società Sportiva

Il Presidente (firma in originale) _____

IMPORTANTE!

All'atto della visita l'atleta dovrà presentarsi con questo modulo compilato in ogni sua parte e firmato IN ORIGINALE, il tutto a cura del Presidente o delegato della Società Sportiva di appartenenza: NON SI ACCETTANO FOTOCOPIE e COMPILAZIONI IN SEDE
Questo modulo è anche NECESSARIO per usufruire dell'eventuale prezzo di convenzione: il convenzionato che non lo presenta al momento della visita, pagherà a prezzo pieno.