

S.O.C. DI MEDICINA LEGALE
Via Baracca n°6 - 14100 ASTI (AT)
tel. 0141 - 392810- fax 0141 - 392360
RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. Sanità 18.02.1982)
(L.R. N. 22 - 25-3-85)

Data _____

Regione _____

La società sportiva _____

affiliata al

Federazione Sportiva Nazionale
Ente di promozione sportiva riconosciuta dal CONI

chiede per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

residente a _____

Via _____ N. _____

Nazionalità' _____ Tel. _____


documento di riconoscimento _____ N° _____

rilasciato nel Comune di _____ il _____

ASL di appartenenza N. _____

una visita medico sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport _____

Data ultima visita _____

Firma del Presidente e Timbro della Società Sportiva
MTB SENSA FREN
ASTI
Cod. 01 X 1302 

PER LA PRENOTAZIONE PRESENTARSI CON IL PRESENTE MODULO
COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI NEI SEGUENTI GIORNI:
LUNEDI'-MERCOLEDI'-GIOVEDI': DALLE ORE 11,00 ALLE ORE 12,00
MARTEDI' E VENERDI': DALLE ORE 8,00 ALLE ORE 12,00