



Dipartimento di Prevenzione

Direttore Dr.ssa Linda Chioffi

U.O.S.D. Attività Motoria e Prescrizione dell'Esercizio Fisico

Direttore Dr. G.F.Fraccaroli

Oggetto: Richiesta Visita Medico-Sportiva per Certificazione Agonistica

Il/La sottoscritto.....

Nato/a a.....residente a.....

via.....n°.....Tel.....

Nella qualità di Presidente della Società Sportiva.....

Con sede a.....via.....n°.....

n° iscrizione CONI.....Affiliata a.....n° matr.....

Chiede la Visita in oggetto, per il nostro/a Tesserato/a:

Cognome.....Nome.....

nato/a..... il.....

residente a.....in via.....n°.....

C.F.....SPORT.....

Prima Visita si no scadenza Certificato.....

li.....

Il Presidente