

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER
L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' NON AGONISTICA
(legge reg.le 09/07/03 n.35)

La Società Sportiva _____

affiliata a : Federazione Sportiva Nazionale

Ente promozione sportiva riconosciuto

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a: _____ Il _____

Residente a : _____ Via _____

una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla
PRATICA NON AGONISTICA

dello sport _____

Prima affiliazione

Rinnovo

Visita di controllo ai sensi dell'art.4 della L.R.35/2003

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Data

Timbro della società

Firma del Presidente

A.S.D. PONTE RONCA
Via Masini, 65 - 40069 Zola Predosa (BO)
Partita IVA: 02476241209
Mat. società: 914164
e-mail: asdponteronca@gmail.com
pec: asdponteronca@pec.it
