



Spett.le
Servizio di Medicina dello Sport
ULLS 2 Marca Trevigiana

RICHIESTA VISITA MEDICA DI IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Con la presente si richiede una visita medica di idoneità alla pratica sportiva agonistica per lo disciplina sportiva PALLAVOLO per l'atleta

Nome - Cognome	
Codice Fiscale	
Nato a / il	
Residente in	

- PRIMA VISITA
- VISITE SUCCESSIVE , scadenza certificato attuale : ____ / ____ / ____

Paese, li ____ / ____ / ____

A.S.D. VOLLEY MARCA – ATHLETIC CENTER
Il Presidente Carlo Urso

A.S.D. VOLLEY MARCA – ATHLETIC CENTER Paese (TV) P.IVA e C.F 02351660267

Matr. FIPAV : 60260059

Matr. CONI : 31676

Mail : volleymarcapaese@gmail.com

Tel : +39 320 777 1000