Spett.le

A.A.S. N. 5 “Friuli Occidentale”

Medicina dello Sport

Oggetto: richiesta visita medica per idoneità sportiva

Si richiede visita medica per l’idoneità alla pratica sportiva agonistica dello sport della pallavolo per l’atleta:

Cognome ……. Nome ……

Nato a …….. il ……

Residente a ……. Cap ……

Via …….. n° ……..

Prima visita () Rinnovo ()

Data scadenza certificato …….

IL PRESIDENTE
Vecchies Maurizio

Prata di Pordenone, 20/07/2021

CENTRO SPORTIVO PRATA di PORDENONE S.S.D. a r.l.
Via A. Volta 36 – 33080 Prata di Pordenone . Tel 3397312584 - Codice Fiscale e Partita IVA 01066970938 – Fipav 070330023
e-mail info@volleyprata.it PEC csprata@pec.it sito Web: www.volleyprata.it