



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 .....

CENTRO SPORTIVO PRATA DI PORDENONE S.S.D. a r.l.

Il Presidente

(Vecchies Maurizio)

Prata di Pordenone, 03.07.2022