



**RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA'
ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M.04/03/1993)**

La società sportiva **U.S. ALVISIANA ASD**, con sede a Cannaregio 3144, 30121 Venezia,

chiede per il proprio atleta

COGNOME _____ NOME _____

Nato a _____ il _____

Abitante a _____ C.A.P. _____

Via/Piazza _____ N° _____

visita medico-sportiva per il rilascio del certificato medico agonistico per la
pratica dello sport: **BASKIN**

Data e luogo

U.S. ALVISIANA ASD
Cannaregio 3144 - 30121 Venezia
Tel. e Fax 041716543
P.IVA 02599090277

Il Presidente