



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

La società sportiva dilettantistica ASD Virtus Ariccia, affiliata alla Federazione Italiana Pallacanestro con codice 036607, richiede che l'atleta:

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____

Il: _____

Sia sottoposto/a a visita medico-sportiva per il rilascio del certificato di idoneità agonistica per la pratica dello sport: PALLACANESTRO – Attività Agonistica.

La presente richiesta viene rilasciata ai sensi della normativa vigente in materia di tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche.

Data: ____ / ____ / ____



A.S.D. Virtus Ariccia
Via Caio Scatinio, 62
00072 - Ariccia (RM)
P.IVA 05264611004