

Alla cortese attenzione della A.S.S. N° 3 “ALTO FRIULI”  
Dipartimento di Prevenzione  
Ambulatorio di Medicina dello Sport

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA  
PER L’IDONEITA’ ALLA PRATICA AGONISTICA**

Data .....

La Società Sportiva .....

Affiliata a .....  
(Federazione Sportiva Nazionale o Ente di Promozione Sportiva riconosciuta dal CONI)

chiede per il proprio atleta .....

nato a ..... il .....

Residente a .....

Via ..... n° .....

Una visita medica sportiva per l’idoneità alla pratica agonistica dello sport

.....

Timbro della Società Sportiva

.....  
( Firma del Presidente )