



**RICHIESTA DI VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT
PER IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**

(D.M. 18/2/1982 Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica)

La Società Sportiva **VIS 2008 A.S.DIL.** affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I **FIP (Federazione Italiana Pallacanestro)** – Codice **051685** con sede Sociale in **Via Trigaboli n. 27 a Cocomaro di Focomorto (FE)**, tel. **0532/449630**, fax **0532/866791**

CHIEDE per il/la proprio/a atleta

Nato/a il _____

residente nel comune di _____

codice fiscale _____

la visita di idoneità agonistica per lo sport **PALLACANESTRO**

Nuova Iscrizione

Rinnovo di certificato in scadenza il _____

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Ferrara, _____



VIS 2008

Il Legale Rappresentante

