

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA NON AGONISTICA**

Data _____

La società sportiva **ASD UISP Sportiva-Mente Boccaleone Malpensata**
con sede in **BERGAMO**
Via **ZANICA n. 57 c/o Daniele Ghisleni**

- affiliata all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto
U.I.SP. – UNIONE ITALIANA SPORT PER TUTTI
dal | 0 | 1 | - | 0 | 9 | - | 1 | 9 | 7 | 6 | con codice n. | D | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 6 |
con rinnovo nel corrente anno sportivo
- iscritta al registro CONI ASD cod. D010136 con n° 95759 del 22.09.2009

CHIEDE

per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

abitante a _____

Via / Piazza _____ n. _____

Una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica **non agonistica** dello sport

Tessera sanitaria n. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Fiscale n. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Firma del Presidente e timbro della Società
Entrambi in originale su ogni copia