

**Sede Monselice (Schiavonia) – Via Albere, 30**  
**Tel. 0429 715290 – mail: [medsportiva.mons@aulss6.veneto.it](mailto:medsportiva.mons@aulss6.veneto.it)**

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA**  
(D.M.Sanità 18-2-1982)

data .....

LA SOCIETÀ SPORTIVA **Basket Conselve A.S.D.** ..... Codice federale **047725** .....

AFFILIATA AL (\*) FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE  ..... **FIP** .....

ENTE DIPROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTO DAL CONI  ..... **CSI - UISP - ACSI** .....

CHIEDE PER IL PROPRIO ATLETA .....

DOCUMENTO IDENTITÀ ..... N. ....

NATO A ..... IL .....

RESIDENTE A ..... VIA .....

UNA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

DELLO SPORT ..... CATEGORIA .....

PRIMA AFFILIAZIONE

ATLETA DILETTANTE

RINNOVO

ATLETA SEMIPROFESSIONISTA

ATLETA PROFESSIONISTA

CERTIFICATO DI IDONEITÀ PRECEDENTE RILASCIATO il .....

**BASKET CONSELVE A.S.D.**  
Via Cabetto 107 - Tel. 0429 885947  
35026 CONSELVE (PD)  
Partita IVA 04047740289  
Cod. Fisc.: 92162240284

.....  
firma del presidente timbro della società

Vaccinazione antitetanica  SI  NO

(\*) barrare con X se Federazione o Ente e indicare la relativa sigla