

Richiesta visita medico-sportiva per idoneità alla pratica agonistica (D.M.: Sanità 18.02.1982)

La Società Sportiva:

ASSOCIAZIONE SPORTIVA UDINESE (A.S.U.) Polisportiva Dilettantistica

con sede in **via Lodi n. 1, 33100 Udine (Ud)**

e-mail: polisportiva@asu1875.it telefono: **0432 541828**

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale:

- **Federazione Ginnastica d'Italia**
- **Federazione Italiana Scherma**

E agli Enti di Promozione Sportiva Riconosciuti

- **CSEN**
- **AICS**

CHIEDE

per il proprio atleta agonista

NOME E COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____, **VIA** _____

CODICE FISCALE _____

una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport:

ASSOCIAZIONE SPORTIVA UDINESE

Il Presidente

ing. Alessandro Nutta

Udine, _____