

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER  
IL RITORNO ALL'ATTIVITA' SPORTIVA**  
(D.M. Sanità 18-02-1982)

Data.....

La società sportiva **Associazione Polisportiva DUE STELLE ASD.**  
con sede in  
Piazza Ungheria, 12 a BRUGINE (PD) affiliata  
All'ente di Promozione Sportiva riconosciuto da: **CSI** matricola **03500081**

**CHIEDE  
per il proprio atleta**

Nome e Cognome:.....  
Nato a:..... il:.....  
Residente a:.....  
in Via .....  
Codice Fiscale:.....

Una visita medico sportiva con rilascio del certificato per idoneità alla pratica  
agonistica dello sport: **PALLAVOLO**

- Visita medico sportiva  
 Return to play (post Covid-19)  
Situazione vaccinale: ( )..... dose\* data .....  
 eventuale infezione covid-19 data guarigione .....

\*indicare numero e data ultima vaccinazione

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi  
delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Timbro società e  
*Ass. Sportiva Dilettantistica*  
**A. P. DUE STELLE**  
Piazza Ungheria n°12  
35020 Brugine (Padova)



Associazione Polisportiva  
**DUE STELLE ASD**  
Piazza Ungheria, 12 BRUGINE (PD)

*Luigi Bani*