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
alla Federazione Sportiva Nazionale: **FIGC** matricola **913863**

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: **CALCIO A5 (Futsal)**

( ) 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 firma presidente

Ass. Sportiva Dilettantistica
A. P. DUE STELLE
Piazza Ungheria n°12
35020 Brugine (Padova)
Matric. F.I.G.C. n° 913863

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