



**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA / NON AGONISTICA
(D.M. 18-2-1982 - L.R. 15-12-1994, n° 94)**

La Società Sportiva asd Porcari Volley

CHIEDE

per il proprio atleta.....
nato a il
residente a: Via.....

una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla PRATICA AGONISTICA / NON AGONISTICA
dello sport PALLAVOLO

- Prima affiliazione
- rinnovo
- visita di controllo ai sensi delle lett. D) ed E) delle note esplicative dell'alleg. 1 del D.M. 18-2-82 e dell'art. 5, comma 3, della L.R. 94/1994

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

Data.....

Timbro
della
Società

PORCARI VOLLEY ASD
VIA DIACCIO 105
55016 PORCARI. CF. 02471330460

Firma Presidente Società

Per appuntamenti chiamare 0583 936652-0583424008

LIGHT CLINIC c/o Centro Pinocchio
Via Pesciatina 878, Gragnano - Capannori (LU)