

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ' ALLA PRATICA SPORTIVA  
AGONISTICA**

(D.M. Sanità18-02-1982)

Data.....

REGIONE .....

**La Società Sportiva**

La società sportiva: Skipperclub S.S.D A.R.L. con sede a Milano in Via F. Bisleri, 11 affiliata alla Federazione Italiana Vela con codice 2024

**Chiede per il proprio atleta**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a a .....(prov. ....) il.....

residente a .....(prov. ....) via.....

N° ..... Codice fiscale .....

una visita medico-Sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport della Vela.

TESSERA sanitaria n° \_\_\_\_\_

**SKIPPERCLUB S.S.D.A.R.L.**  
**C.F. e P.IVA 10112980965**

\_\_\_\_\_  
firma del presidente e timbro della società