



**Ospedali Riuniti Padova Sud - Via Albere, 30**

Tel. 0429 715290- mail: [medsportiva.este@aulss6.veneto.it](mailto:medsportiva.este@aulss6.veneto.it)

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

(D.M.Sanità 18-2-1982)

data .....

LA SOCIETÀ SPORTIVA ASD VIRTUS ESTE ..... Codice federale PD153 .....

AFFILIATA A (\*) FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE  FIDAL .....  
ENTE DIPROMOZIONE SPORTIVA .....  
RICONOSCIUTO DAL CONI  .....

CHIEDE PER IL PROPRIO ATLETA .....

DOCUMENTO IDENTITÀ ..... N. ....

NATO A ..... IL .....

RESIDENTE A ..... VIA .....

UNA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA  
DELLO SPORT ATLETICA LEGGERA ..... CATEGORIA .....

PRIMA AFFILIAZIONE  ..... ATLETA DILETTANTE

RINNOVO  ..... ATLETA

SEMIPROFESSIONISTA

ATLETA PROFESSIONISTA

CERTIFICATO DI IDONEITÀ PRECEDENTE RILASCIATO il .....

firma del presidente timbro della società

Vaccinazione antitetanica  SI  NO

**A.S.D. VIRTUS ESTE**  
c/o PALESTRA COMUNALE  
Via P. Umberto  
35042 ESTE (PD)  
Partita IVA 03416240285

(\*) barrare con X se Federazione o Ente e indicare la relativa sigla