



Si richiede visita medica per l'idoneità alla pratica sportiva agonistica dello sport CALCIO per l'atleta :

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

PRIMA VISITA  RINNOVO  SCADENZA CERTIFICATO \_\_\_\_\_

Pordenone, \_\_\_\_\_

*Il presidente  
sig. Giordano De Carlo*

