

Oggetto: RICHIESTA DI VISITA PER IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA

Si richiede la visita di idoneità sportiva agonistica per l'atleta:

nato il _____ a _____

residente a _____ via _____

tel. _____

Sport praticato: ATLETICA LEGGERA

Società Sportiva ATLETICA IMOLA SACMI AVIS

con sede nel Comune di IMOLA P.le Giovanni dalle Bande Nere, 11

Data: _____

Timbro della Società Sportiva
Atletica Sportiva Dilettantistica
AEL - IMOLA SACMI AVIS
P.le G. Dalle Bande Nere, 11 - 40026 IMOLA (EO)
Cod. Fisc. 00018890172
Part. IVA 0004501209

Nota: Le prenotazioni potranno essere fatte agli sportelli CUP/Cassa e Sportelli Unici o c/o le Farmacie dell'Azienda USL di Imola negli orari di apertura presentando questo modulo compilato e firmato, o tramite CUP telefonico n. 848.831313 (in questo caso il modulo sarà presentato al momento della visita all'ambulatorio di Medicina dello Sport – Ospedale vecchio di Imola)