



A.S.D. PONZANO BASKET

FEDERAZIONE
ITALIANA
PALLACANESTRO



Ponzano Veneto, _____

Spettabile

ULSS2 - Dipartimento di Prevenzione

Servizio di Medicina dello Sport

31100 TREVISO

Oggetto: richiesta visita medica **agonistica**

La presente per richiedere visita medica per il rilascio del certificato medico sportivo valido per svolgere **attività agonistica / non agonistica** per il/la seguente nostro/a atleta:

cognome e nome _____

nato/a a _____ il _____

c.f. _____

residente a _____ via _____

rec. Telefonico _____

Distinti saluti.

Il Presidente
A.S.D. Ponzano Basket
Carlo Pizzolon

