

AUTOCERTIFICAZIONE PER VISITA MEDICO-SPORTIVA AGONISTICA

POLIAMBULATORIO MEDICO LA FELUCA - Medicina dello Sport

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Provincia _____

Via _____ n° _____

Codice Fiscale: _____

Dichiara di praticare a livello agonistico, in modo individuale, lo sport:

e di necessitare della certificazione di idoneità allo sport agonistico

Data _____

Firma _____