



FEDERAZIONE  
ITALIANA  
SPORT  
ITALIANI  
CENTRO SCI  
AGONISTICO  
VENEZIANO



Spett.le  
**CENTRO DI MEDICINA**

Sede di \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA  
(DM Sanità 18.02.1982-Circ.Min. Sanità 31.01.1983)**

DATA .....  
REGIONE VENETO

La società sportiva CENTRO SCI AGONISTICO VENEZIANO A.D., affiliata alla F.I.S.I – Federazione Italiana Sport Invernali, con Sede Sociale in Venezia, 30123, Dorsoduro, 3803

chiede per il proprio atleta

.....  
nato a ..... il ..... CF .....  
residente a ..... - ..... CAP .....

una visita medica-sportiva per il rilascio di certificato attestante l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

**SCI ALPINO – SPECIALITA'** .....

Trattasi di rinnovo dell'idoneità.

In fede.

Centro Sci agonistico Veneziano  
Il Presidente  
Camuffo Manuel

