Dipartimento di Prevenzione

U.O.S.D Tutela della Salute nelle Attività Sportive

C.da Casalena – 64100 Teramo

Responsabile: Dr. Mario Basile

Tel. 0861/420565Fax 0861/4205609

Email cdcafaxmds@aslteramo.it

 La Società Sportiva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella persona del **Presidente Responsabile**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con Sede Sociale in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Richiede per l’Atleta** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prima visita** **Rinnovo del certificato (Scadenza il** \_\_\_\_\_\_\_\_\_**) per lo sport\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

  Tabella A  Tabella B

dichiara sotto la propria responsabilità la veridicità dei dati sopra riportati

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro della Società Il Presidente

 (firma in originale)

La **prenotazione** della visita può essere fatta:

**di persona** in qualsiasi **punto CUP**