



*u.s. Vicarello  
1919*

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT  
per l'anno 2025**

Prima affiliazione

Rinnovo

**LA SOCIETA' SPORTIVA A.S.D. UNIONE SPORTIVA VICARELLO 1919**

**Sede Sociale: Piazza Macchi N°2 Vicarello - Collesalveti C.A.P. 57014.**

**Partita IVA : 01709880494**

**CHIEDE VISITA MEDICO SPORTIVA PER IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA**

- AGONISTICA

- NON AGONISTICA

**DELLO SPORT DEL CICLISMO PER L'ATLETA:**

COGNOME.....NOME.....

Nato a ..... il .....

Residente in ..... C.A.P. ....

Via ..... N° .....

Telefono ..... Cellulare .....

**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE A.S.D.U.S.V.1919**

**A.S.D.  
UNIONE SPORTIVA VICARELLO 1919**  
P.zza M. Macchi, 2 - 57014 VICARELLO (LI)  
Tel. 333 4642595  
Partita IVA 01709880494

Firma \_\_\_\_\_

Data .....

Firma del richiedente

.....