

Via Altobelli; 10 - 46100 MANTOVA  
 Tel: 0376355769 Fax: 0376310125

**ELENCO DEGLI ATLETI PER I QUALI SI RICHIEDE VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA**

SOCIETA'

---

	COGNOME	NOME	SPORT	DATA DI NASCITA			esegue la visita per la prima volta? (si/no)	DATA DI SCADENZA DEL CERTIFICATO PRECEDENTE		
				gg	mm	aa		gg	mm	aa
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										

Inviare prospetto appuntamenti a:

E-MAIL: [medsport.mantova@ospedalecastiglione.it](mailto:medsport.mantova@ospedalecastiglione.it)

FAX: 0376/310125

NOTE:

---



---



---

Data di compilazione

Firma del Presidente o Delegato