



DOMANDA DI VISITA MEDICA PER ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

Il Sottoscritto Garonzi Fabio, nato a Villafranca di Verona il 17-06-1996, residente a Mozzecane (VR) in Loc. Varanetta 10/A tel 348-9049420 mail segreteria@fortitudomozzecane.it; in qualità di legale rappresentante della Società Sportiva : Fortitudo Basket Mozzecane asd, con sede in via Mediana 2 cap 37060 Mozzecane (VR) con n° telefonico 389-2890789 mail: segreteria@fortitudomozzecane.it

CHIEDE

Ai sensi delle disposizioni vigenti in materia, che sia rilasciata la prescritta attestazione di idoneità per l'atleta sotto menzionato, appartenente a questa società sportiva, il quale intende praticare attività agonistica per il seguente sport: BASKET

Il sottoscritto, consapevole delle disposizioni previste dalla legge nei confronti di chi produce dichiarazioni false, sotto la sua piena responsabilità:

DICHIARA

- Che l'atleta sotto menzionato è da considerarsi "agonista" in quanto così stabilito dalla Federazione Nazionale o l'Ente sportivo riconosciuto di appartenenza;
- Che l'atleta non è inquadrato come professionista;
- Che l'atleta è in possesso del requisito d'età stabilito dalla Federazione d'appartenenza, per poter partecipare a competizioni sportive di livello agonistico, organizzate dalla propria Federazione sportiva o da Enti di produzione sportiva riconosciuta dal CONI

Cognome _____ nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____
via _____ n° _____

C.F.: _____

Prima visita SI NO

Scadenza certificato _____

Luogo _____ data _____

Il Presidente

Fortitudo Basket Mozzecane
— Associazione Sportiva Dilettantistica —
Via Mediana, 2 - 37060 Mozzecane (VR)
Cod. Fisc. e P. Iva 03703770234
Colori sociali: GIALLO - BLU

Fortitudo Basket Mozzecane ASD