



**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA**

(Legge Regionale 09/07/2003 n. 35)

La società sportiva **CHIANTI VOLLEY A.S.D.**

Affiliata a **F.I.P.A.V. FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO**

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____

Una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità

ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT PALLAVOLO

- Prima affiliazione**
- Rinnovo**
- Visita di controllo ai sensi dell'art. 4 della L.R. 35/2003**

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi della determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale

_____ Firma della Società **CHIANTI VOLLEY A.S.D.** Firma del Presidente
sede di: San Casciano Val di Pesa (FI)
Via dei Fossi, 32
Data _____ sede di: Tavarnelle Val di Pesa (FI)
P.zza della Repubblica, 35
P.IVA e C.F.: 06274930483

Sede di **San Casciano in Val di Pesa (Fi)** Via dei Fossi 32 –
Sede di **Tavarnelle Val di Pesa (Fi)** Piazza della Repubblica 35 –
C.F. e P.IVA 06274930483

SITO INTERNET : www.chiantivolley.it - e mail info@chiantivolley.it - PALLAV1c@volleytavarnelle.191.it