



C.O.N.I.

1955

F.I.G.C.

# U.S. SANCASCIANESE CALCIO A.S.D.

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER  
L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**  
(D.M. 18.02.1983 - Ministero della Sanità - Legge Regionale 09/07/2003 n°35)

*La Società sportiva*

**U.S. SANCASCIANESE CALCIO A.S.D.**

Affiliata a :  **Federazione sportiva Nazionale F.I.G.C.  
Ente Promozione Sportiva riconosciuto**

**CHIEDE**

Per il proprio atleta.....

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

Residente a:.....via.....

Una visita medica per il rilascio del certificato di idoneità alla **PRATICA  
SPORTIVA NON AGONISTICA** dello sport **CALCIO**.

Data.....

Timbro  
della  
Società

**U.S. SANCASCIANESE CALCIO A.S.D.**  
MATRICOLA 47130  
Via Garibaldi, 30 - 50026  
SAN CASCIANO VAL DI PESA (FI)  
P.IVA 04127920488 - C.F. 94013370484  
Tel. 055 7095861

Firma del Presidente della Società