



**All'Ambulatorio di Medicina dello Sport**  
**S.S.D. Assistenza Specialistica**  
**Via Borgo Panica n. 17- Marostica**  
**Fax 0424/888231**  
[medesport.marostica@aslbasano.it](mailto:medesport.marostica@aslbasano.it)

**MODULO: RINNOVO CERTIFICATI**

Si prega prenotare **Visita medico sportiva** per i gli atleti della Società Sportiva:  
 Ragione Sociale/Nome\* ..... Via/Piazza\* ..... n° .....  
 CAP\* ..... Città\* ..... n. tel/fax\* ..... / ..... e-mail. ....

Cognome	Nome	Data nascita	Luogo di nascita	Codice fiscale	Residenza	Indirizzo	Recapito telefonico	Scadenza certificato

\*campi obbligatori

**Timbro Società**  
**Firma del Dirigente**