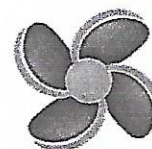


Dipartimento di Prevenzione
U.O.S.D Tutela della Salute nelle Attività Sportive
C.da Casalena – 64100 Teramo
Responsabile: Dr. Mario Basile
Tel. 0861/420565 Fax 0861/4205609
Email cdcafaxmnds@aslteramo.it



**AUSL 4
TERAMO**

il meglio è nel tuo territorio

La Società Sportiva _____ **ASD COLLEATTERRATO** _____

nella persona del **Presidente Responsabile** _____ **Vincenzo Marinelli** _____

con Sede Sociale in viale _____ Europa _____ n. 61 Città _____ **TERAMO** _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail: **colleatterratocalcio@gmail.com**

Affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale _____ **FIGC** _____ N° **945545** _____

Richiede per l'Atleta _____

VISITA IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____

C.F. _____

☐ **Prima visita** ☐ **Rinnovo del certificato (Scadenza il _____)**

dichiara sotto la propria responsabilità la veridicità dei dati sopra riportati

Data _____

Timbro della Società

A.S.D. COLLEATTERRATO

Viale Europa, 61 - 64100 Teramo

Partita IVA: 01965920679

Il Presidente
(firma in originale)