



TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA (Art. 5 - D.M. 18/2/82)

Cognome GAGLIARDI

Nome FRANCESCO

Nato a SEGRATE (MI)

il 22/07/2011

Residenza e/o domicilio SEGRATE (MI) - RESIDENZA FONTANA, 0

Documento d'identità Carta d'identità: . (C.F. GGLFNC11L22I577F)

Sport per cui è stata richiesta la visita PALLAVOLO (S.043)

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni in atto alla pratica agonistica dello sport PALLAVOLO (S.043)

Il presente certificato ha validità di 12 MESI

e scadrà il 07/11/2024

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive: ☒ no ☐ si (barrare la voce che interessa)

Gruppo sanguigno (A-B-0) _____ Fattore Rh _____
(per gli sport in cui è richiesto)

Data: 08/11/2023

Il medico
DOTT. LUCA MARIETTI
SPEC. IN MEDICINA DELLO SPORT

timbro e firma leggibile

8 novembre 2023

N°. B 413205 /324

DA PRESENTARE ALLA VISITA SUCCESSIVA