**LIBRETTO SANITARIO SPORTIVO**

**ATTIVITA’ AGONISTITICA**

**ART 12 LR 15/2020**

**DATI LIBRETTO:**

**N………………**

**RILASCIATO DALLA STRUTTURA DI MEDICINA DELLO SPORT …………………………………….……**

**DATA RILASCIO……………**

**SCADENZA…………**

**DATI ATLETA:**

**NOME…………**

**COGNOME…………..**

**DATA NASCITA…………………..**

**LUOGO NASCITA ……………………………….**

**CODICE FISCALE…………………………….**

**DISCIPLINA SPORTIVA………**

Immagine che contiene testo, Carattere, bianco, logo

Descrizione generata automaticamente

**CENTRO MEDICO STENELLA LE DUNE**

Dir.San. Dott. Angelo Claudio Marrone

Via Adige, n.1

64028 Silvi (TE)

C.F./P.Iva:01910260684

Tel. 085.9156910

E-mail: [cmledune@stenellacno.it](mailto:cmledune@stenellacno.it)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **SOCIETA’ SPORTIVA RICHIEDENTE** | **DATA**  **VISITA** | **CENTRO**  **CERTIFICATORE**  **TIMBRO** | **ESAMI EFFETTUATI**  **E NOTE** | **ANTITETANICA**  **se richiesta** | **ESITO VISITA**  **I/N.I.** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **SOCIETA’ SPORTIVA RICHIEDENTE** | **DATA**  **VISITA** | **CENTRO**  **CERTIFICATORE**  **TIMBRO** | **ESAMI EFFETTUATI**  **E NOTE** | **ANTITETANICA**  **se richiesta** | **ESITO VISITA**  **I/N.I.** |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **SOCIETA’ SPORTIVA RICHIEDENTE** | **DATA**  **VISITA** | **CENTRO**  **CERTIFICATORE**  **TIMBRO** | **ESAMI EFFETTUATI**  **E NOTE** | **ANTITETANICA**  **se richiesta** | **ESITO VISITA**  **I/N.I.** |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **SOCIETA’ SPORTIVA RICHIEDENTE** | **DATA**  **VISITA** | **CENTRO**  **CERTIFICATORE**  **TIMBRO** | **ESAMI EFFETTUATI**  **E NOTE** | **ANTITETANICA**  **se richiesta** | **ESITO VISITA**  **I/N.I.** |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **SOCIETA’ SPORTIVA RICHIEDENTE** | **DATA**  **VISITA** | **CENTRO**  **CERTIFICATORE**  **TIMBRO** | **ESAMI EFFETTUATI**  **E NOTE** | **ANTITETANICA**  **se richiesta** | **ESITO VISITA**  **I/N.I.** |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |