

Al Direttore del  
DIPARTIMENTO DI TECNOLOGIE INNOVATIVE IN  
MEDICINA & ODONTOIATRIA – DTIM&O –  
U.O. di Medicina e Cardiologia dello Sport  
Viale Abruzzo, 322 – 66100 CHIETI

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di .....

della Società Sportiva .....

con sede in ..... P.I./C.F.....

dichiara che gli atleti di seguito elencati potranno essere sottoposti a visita medica per idoneità sportiva, beneficiando così delle riduzioni previste.

### RECAPITI REFERENTE DELLA SOCIETA'

Nominativo.....

Telefono .....Cellulare..... E-mail .....

Eventuali nominativi da aggiungere dopo l'invio del presente elenco, dovranno essere comunicati per iscritto via mail.

NUMERO	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	DATA SCADENZA CERTIFICATO
1 atleta			
2 atleti			
3 atleti			
4 atleti			
5 atleti			
6 atleti			
7 atleti			
8 atleti			
9 atleti			
10 atleti			

\_\_\_\_\_, li.....

Il Responsabile dell'Associazione

\_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA

## REFERENTE DI STRUTTURA PER LA STIPULA DELLA CONVENZIONE

Nominativo Prof.ssa Roberta Di Pietro Qualifica Professore Ordinario, Direttore Sanitario .....

Tel. 3334811290 email [r.dipietro@unich.it](mailto:r.dipietro@unich.it) [medicinadellosport@unich.it](mailto:medicinadellosport@unich.it)

Segreteria Amm.va/Accettazione

Email: [medicinadellosport@unich.it](mailto:medicinadellosport@unich.it)

Tel. +39 0871 3553107

+39 0871/3553004 +39 0871 3553005