

Al Direttore del Dipartimento di Tecnologie Innovative in Medicina & Odontoiatria

Via dei Vestini, 31 - 66100 CHIETI

Al Direttore Sanitario

U.O. di Medicina e Cardiologia dello Sport

Viale Abruzzo, 322 - 66100 CHIETI

UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA E CARDIOLOGIA DELLO SPORT

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____ della società sportiva _____ con sede in _____ P.I./C.F. _____

dichiara che gli atleti facenti parte della società sportiva potranno essere sottoposti a visita medica per idoneità sportiva, beneficiando così delle riduzioni previste.

RECAPITI REFERENTE DELLA SOCIETA'

Nominativo _____ Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

_____, li _____

Il Responsabile della società

TIMBRO E FIRMA

Segreteria Amm.va/Accettazione

Email: medicinadellosport@unich.it

Tel. +39 0871 3553107

+39 0871/3553004 +39 0871 3553005

PER ACCETTAZIONE:

Il Direttore Sanitario

Prof.ssa Roberta Di Pietro

PER ACCETTAZIONE:

Il Direttore di Dipartimento

Prof. Vincenzo De Laurenzi

Campo a cura dell'Amministrazione:

REFERENTE INTERNO ALL'U.O. DI MEDICINA E CARDIOLOGIA DELLO SPORT PER LA STIPULA DELLA CONVENZIONE

Nominativo _____ Qualifica _____ Tel. _____

email _____