



Certificato n. 102 / 18 / **12.316**

Codice identificativo regionale del medico certificatore n. 101128 operante presso

Ambulatorio/Centro di Medicina dello sport di _____ AUSL di Parma

Ambulatorio privato _____

Studio professionale _____

CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Cognome GRANDI Nome PIETRO

Nato il 7/3/09 a PARMA prov. PR

Residenza e/o domicilio SALA BAGANZA prov. PR

Documento di identità A4 1787060 Codice Fiscale _____

Sport per cui è stata richiesta la visita BASEBALL

L'atleta, sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti, risulta **IDONEO**

alla pratica agonistica dello sport BASEBALL

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive SI NO

Il presente certificato ha validità di mesi 12 e scadrà il 24/2/20

Medico specialista in Medicina dello sport

Data 25/2/19


Dott. **FABIO ZARETTI**
MEDICO CHIRURGO
Specialista Medicina dello Sport
CON MDS 101128
(timbro con codice identificativo e firma)