

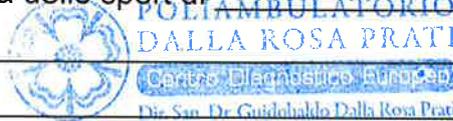
Certificato n. 102 / 19 / 02538

Codice identificativo regionale del medico certificatore **102115** operante presso

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

Ambulatorio privato _____

Studio professionale _____



Via Emilia Ovest, 12 - 43100 Parma
Tel. +39 0521 29.81 - Fax +39 0521 99.42.04
Sede Legale: Via Duomo, 7 - 43100 Parma
Tel. +39 0521 23.88.10 - Fax +39 0521 20.40.00
Partita Iva 01711890341

CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA

Cognome PIAZZA Nome MANUEL

Nat O il 26/11/1996 a PARMA prov. _____

Residenza e/o domicilio parma via bartok 4 prov. _____

Documento di identità _____ 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 mesi e scadrà il 15/02/2020

Data 15/02/2019



Medico specialista in Medicina dello sport

(timbro con codice identificativo e firma)