



Certificato n. 102 / 18 / **08.713**

Codice identificativo regionale del medico certificatore n. 12 operante presso

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

Ambulatorio privato _____

Studio professionale _____

CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Cognome GIULIANOTTI Nome FILIPPO

Nat. il 29/4/02 a PR prov. _____

Residenza e/o domicilio Felino prov. _____

Documento di identità _____ Codice Fiscale _____

Sport per cui è stata richiesta la visita _____

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 22/3/20

Medico specialista in Medicina dello sport

Data 22/3/19

(timbro con codice identificativo e firma)