

ALLEGATO 3: MODULO MEDICO DIGNOSTICO

Cognome:			Nome.....			nato/a il.....		
a..... ()								
Società Sportiva								
Patologia causa di disabilità:								
.....								
.....								
Epoca di insorgenza:								
Interventi			Sì ☐		No ☐		Data.....	
Descrizione:								
.....								
Eventuali altre patologie rilevanti:								
.....								
Eventuale documentazione clinica allegata:								
.....								
Farmaci:								
.....								
Medico compilatore: Cognome e Nome.....								
Specialista in								
Ente di appartenenza.....								
Lì.....			Addì.....			Timbro e Firma		
.....								
.....								
.....								