

SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT*Centro Sanitario Polifunzionale di Thiene***Segreteria del servizio:** Tel. 0445 388814 - fax 0445 388779e-mail medspoth@aulss7.veneto.it**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER IDONEITA' AGONISTICA**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Appartenente alla U.L.S.S. n° _____ T.S. n° _____

Richiede una visita Medico-Sportiva per idoneità agonistica allo sport _____

in quanto atleta agonista secondo i dettami della Federazione Sportiva _____

Data, _____

Firma

PRENOTAZIONI:

- **CUP Nuovo Ospedale - Via Garziere n. 42 Santorso**
Orari: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 18.00
- **CUP Distretto Socio Sanitario di Thiene Via Boldrini, 1**
Orari: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle 15.00
- **CALL CENTER 0445/633633:** servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 17:30

TRAMITE MAIL inviando la documentazione richiesta all'indirizzo callth@aulss7.veneto.it**Per annullare la prenotazione:**

- 0445388814 con l'orario sotto specificato.
- 800536088 n° verde, negli orari e giorni di chiusura ufficio.
- Scrivere all'indirizzo e-mail disdetta@aulss7.veneto.it

Segreteria del Servizio: Tel. 0445 388814 - fax 0445 388779 e-mail medspoth@aulss7.veneto.it