



Regione Lombardia

Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. _____

RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La società sportiva ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISCA ATHLETIC TEAM
con sede in PIOLTELLO (MI)
Via PIEMONTE n. 23
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale FIDAL MI 308
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto UIISP 0060103

dal 0-1 - 0-1 - 1980 con codice n. MI 308 _____
data completa

chiede per il proprio atleta _____
nato a _____ il _____
abitante a _____
Via / Piazza _____ n. _____

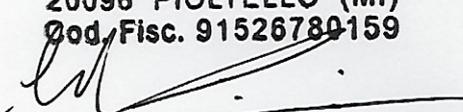
Una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

prima affiliazione

rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

Tessera sanitaria n. _____
Codice Fiscale n. _____

A.S.D. ATHLETIC TEAM
Via Piemonte, 23
20096 PIOLTELLO (MI)
Cod. Fisc. 91526780159


Firma del presidente e timbro della società

N.B.: La mancata o l'errata compilazione di uno dei dati richiesti e/o la mancata presentazione dell'ultimo certificato rende **Nulla** la richiesta.
Per prima affiliazione si intende la prima visita in assoluto dell'atleta richiesta per qualsiasi sport, tutte le successive anche per sport diversi sono da considerarsi rinnovi.
la richiesta deve essere compilata a macchina o con carattere stampatello, timbrata e firmata in originale.
La richiesta non può essere presentata prima di 30 gg. dalla scadenza del certificato precedente.
Il presidente della società **non può compilare più richieste di visita per lo stesso atleta nel corso degli 11 mesi successivi.**

