RegioneLombardia

Sanità

U.O. Prevenzione

RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA

(D. M. Sanità 18.02.1982 - D. M. Sanità 04.03.1993)

Data _____

La Società Sportiva _____

con sede in _____ CAP _____

via / piazza _____ n. _____

affiliata a:

☐ Federazione Sportiva Nazionale (sigla) _____

☐ Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto (sigla) _____

dal |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__| con codice n. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
data completa

chiede per il proprio atleta:

cognome e nome _____

nato a _____ il _____

abitante a _____

via / piazza _____ n. _____

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

CALCIO (adattato ad atleti disabili)

|__| prima affiliazione |__| rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

Codice Assistito n. |__|__|__| |__|__| |__|__|__|

Codice Fiscale n. |__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__||__|

_____

Firma del Presidente e timbro della Società Sportiva

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.**

REGIONE LOMBARDIA DIREZIONE GENERALE SANITA'