



Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. _____

**RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**
(D. M. Sanità 18.02.1982 - D. M. Sanità 04.03.1993)

La SOCIETA' SPORTIVA ASDO AZZURRI con sede in Via del Concilio, 20 20851 Lissone

Telefono 039 794061 e-mail asdoazzurri@gmail.com

affiliata all' EPS: CSI dal 12/07/2016 Codice Affiliazione n. 02000429

Chiede per il proprio atleta

COGNOME NOME
Nato a il
Abitante a C.A.P.
Via/Piazza n°

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

.....

Prima affiliazione

Rinnovo
(allegare ultimo certificato in originale)

Tessera sanitaria n.

Codice Fiscale n.

--	--	--	--	--

IL PRESIDENTE
(Timbro e Firma in originale)

***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.***

