RegioneLombardia

Sanità

U.O. Prevenzione

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

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La Società Sportiva _____**ASD SETTEMBRINI BASKET COLOGNO**_____

con sede in _____**COLOGNO MONZESE**_____CAP _____**20093**_____

Via____**TINTORETTO**_____ n_____**40**_____

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale F.I.P. Federazione Italiana Pallacanestro.
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto._____

dal _____**01-06-1973** _____ con codice n.____**002637**_____
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:

PALLACANESTRO

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

Tessera sanitaria n. |__|__|__| |__|__| |__|__|__|

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

A.S.D. SETTEMBRINI
BASKET COLOGNO
VIA TINTORETTO 40
20093 COLOGNO M.SE

_____
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 più 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'