ALLEGATO "1"

Regione Lombardia
Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzion

A.T.S. Città Metropolitana

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

(D.M. 18/2/1982)

A.S.D. Monteale Sportleale
Corso Roma n° 34
15059 Monteale (AL)
P./Iva 02020970063

Data 23/8/2020

LA SOCIETA' SPORTIVA _____
Sede in: MONTEALE (AL) **Città** CSO ROMA 34
Telefono/FAX _____ **E-mail:** INFO@SPORTLEALE.IT
Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: FISR
E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: CONI
dal 15 - 3 - 2003 **con codice n.** 03213 / 145727
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 in possesso dell'atleta)

Tessera sanitaria n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Codice Fiscale n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

A.S.D. Monteale Sportleale
Corso Roma n° 34
15059 Monteale (AL)
P./Iva 02020970063

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.***

DIREZIONE GENERALE SANITÀ