



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)**

Data _____

LA SOCIETA' SPORTIVA _____

Sede in: _____ **Città** _____

Telefono/FAX _____ **E-mail:** _____

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: _____

E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: _____

dal ____ - ____ - _____ **con codice n.** _____

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.

**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.***

