ALLEGATO "1"

RegioneLombardia

Sanità

U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. **MILANO**

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

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La società sportiva **POLISPORTIVA AISACALCIO ASD**
con sede in **MESERO**
Via **VITTORIO BACHELET n. 8**
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto **A.I.C.S.**

dal **30. 01. 2009** con codice n. **32837**
data completa

chiede per il proprio atleta / arbitro _____

nato a _____ il _____

abitante a _____

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. |_|_|_|_|_|_||_|_|_|_|_||_||_|_|_|_|

POLISPORTIVA AISACALCIO ASD

_____
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 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'