ALLEGATO "1"

RegioneLombardia

Sanità

U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. _____

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

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La società sportiva WOMEN IN RUN ASD
con sede in BRUGHERIO
Via ITALIA n. 92
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale FIDAL
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____

dal 03 - 03 - 2016 (data completa) con codice n. |_|_|_|M|1|8|9|0|_

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

_____

|__| prima affiliazione

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

Tessera sanitaria n. |_|_|_| |_|_| |_|_|_|
Codice Fiscale n. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

WOMEN IN RUN ASD
Via Italia, 92
20861 BRUGHERIO (MB)
P.I. 09051440965 - C.F. 09051440965

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**.

REGIONE LOMBARDIA DIREZIONE GENERALE SANITA'