



Regione Lombardia

All' Azienda Sanitaria Locale
della Provincia di Mantova

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

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data

--	--	--	--	--	--

La Società Sportiva _____

con sede in _____ via _____ n. _____

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____

dal

--	--	--	--	--

 con codice n.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

data completa

CHIEDE per il proprio atleta _____

nato a _____ (prov) _____ il _____

abitante in _____ via/piazza _____ n. _____

UNA VISITA MEDICO - SPORTIVA PER L'IDONEITA' 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.**