



Regione Lombardia

Direzione Generale 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)

La società sportiva **A.S.D. Pallacanestro Pieve Emanuele**

Con sede in **Pieve Emanuele**

Via **La Pira 7**

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____

E/o All'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto **F.I.P. (Federazione Italiana Pallacanestro)**

Dal _____ - _____ - _____ con codice n. **050968**
Data completa

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
Pallacanestro

prima affiliazione

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

TESSERA sanitaria n° _____

CODICE FISCALE n° _____

A.S.D. PALLACANESTRO
Pieve Emanuele
Via La Pira, 7 - 20090 Pieve Emanuele (MI)
Codice Fiscale 97378070151

firma del presidente e timbro della società

NOTA

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 sportiva non può compilare più richieste di visita per lo stesso atleta nel corso degli 11 mesi successivi.

