



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 A.S.D. REDS
Sede in: VIA MARTIRI DELLA LIBERTA', 24 Città POZZUOLO M.NA
Telefono/FAX _____ E-mail: asdredspozzuolo@gmail.com
Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: ////////////////////
E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: UISP
dal 01 - 09 - 2016 con codice n. 16001871

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
ATLETICA LEGGERA

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

A.S.D. REDS

*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.***

