



**Regione Lombardia**

Direzione Generale Sanità  
U.O. Prevenzion

**A.S.L. Prov.** \_\_\_\_\_

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

(D.M. 18/2/1982)

Data \_\_\_\_\_

**LA SOCIETA' SPORTIVA** A.S.D. RUGBY SUB MILANO

**Sede in:** Via Vittorio Veneto, 18, 20052 **Città** Monza (MB)

**Telefono/FAX** 02 39195397 **E-mail:** segreteria@rugbysub.it

**Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale:** F.I.P.S.A.S.

**E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto:** \_\_\_\_\_

**dal** 01 - 10 - 2010 **con codice n.** 94619820155

**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**

RUGBY SUBACQUEO (EQUIV. APNEA)

**Prima affiliazione**

**Rinnovo**

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

**Tessera sanitaria n.**

**Codice Fiscale n.**

Firma del Presidente  
Timbro della Società

**Rugby Sub**  
Milano



***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.***

