



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 Valcalva 20 - 20900 _____ 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

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.***

