ALLEGATO "1"

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 Cavour, 19. c/o Silvia Tagliaferri **Città** Brugherio (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 e 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.***

DIREZIONE GENERALE SANITA' * REGIONE LOMBARDIA