RegioneLombardia

Sanità

U.O. Prevenzione

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

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La Società Sportiva **ASD DAMAR TEAM 2.0**

con sede in **Somma Lombardo** CAP **21019**

Via **San Giovanni Bosco** n **78**

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale **Federazione Ciclistica Italiana F.C.I.**

dal **03-01-2013** con codice n. **02K4043**
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:

Ciclismo

|_X_| prima affiliazione |__| rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

Tessera sanitaria n. |__|__|__| |__|__| |__|__|__|

Codice Fiscale n. |__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__||__|

Fontana Rolf

Firma del Presidente e timbro della Società Sportiva

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 più 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**.

REGIONE LOMBARDIA DIREZIONE GENERALE SANITA'