



**Regione Lombardia**

Direzione Generale Sanità

U.O. Prevenzione

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

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

(D.M. 18/02/1982)

Data \_\_\_\_\_

**LA SOCIETA' SPORTIVA** \_\_\_\_\_

**Sede in** \_\_\_\_\_ **Città** \_\_\_\_\_

**TEL** \_\_\_\_\_ **FAX** \_\_\_\_\_ **E-MAIL** \_\_\_\_\_

**Affiliata alla federazione sportiva nazionale** \_\_\_\_\_

**e/o all'ente di promozione sportiva riconosciuto** \_\_\_\_\_

**dal** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **con codice numero** \_\_\_\_\_

Data Completa

**Chiede per il proprio Atleta** \_\_\_\_\_

**Nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Abitante a** \_\_\_\_\_ **C.A.P.** \_\_\_\_\_

**Via/Piazza** \_\_\_\_\_ **N.** \_\_\_\_\_

**UNA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA DELLO SPORT:**

**Prima affiliazione**

**Rinnovo**

(Allegare ultimo certificato agonistico in originale dell'atleta)

**TESSERA SANITARIA N.** \_\_\_\_\_ (CODICE ASSISTITO)

**CODICE FISCALE N.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del presidente e timbro della Società in originale

*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.***

