ALLEGATO "1"

RegioneLombardia

Sanità

U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. _____

RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La società sportiva EXPERIENCE365 ASD_____
con sede in GIANICO_____
Via MARCONI n. 10_____
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale FISI_____
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto CSI_____

dal |2|0| - |0|9| - |2|0|1|9| con codice n. |0|3|5|8|4| FISI
con codice n. |1|8|0|0|0|2|1|0| CSI

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

_____

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

Tessera sanitaria n. |_|_|_| |_|_| |_|_|_|
Codice Fiscale n. |_|_|_|_|_|_||_|_|_|_|_|_||_||_|_|_|_|

Experience365 ASD
Via Valeriana 30 Gianico (BS) 25040
P. Iva e C.F.:04129880987

Firma del presidente e timbro della società

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**.

DIREZIONE GENERALE SANITÀ
REGIONE LOMBARDIA