ALLEGATO "1"

RegioneLombardia

Sanità

U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. VARESE

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

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La società sportiva ___PODISMO SPORTIVO DEL VARESOTTO_____
Con sede in _____VARESE_____
Via _____TANARO_____ n. ___8_____
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____CONI_____
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____CSI_____

dal 13-01-2009 con codice n. 02100360
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

_____

|__| prima affiliazione

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

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

PODISMO SPORTIVO DEL VARESOTTO A.S.D.
Via Tanaro 8 - 21100 Varese
tel. e fax 0332 223430
cod.fisc. 95056170127 - P. I. 03080440120

_____
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.**

REGIONE LOMBARDIA SANITA' DIREZIONE GENERALE