Regione Lombardia

All'**Azienda Sanitaria Locale**
della Provincia di MILANO

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

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data | | | | | | | | |

La Società Sportiva _____**S.A.O. CORNAREDO**_____

con sede in _____**CORNAREDO**_____ **Piazzetta** _____**DON CARLO ARESI**_____ **n.** __**1**_____

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale_____**F.I.D.A.L.**_____

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____ **dal**

2	5	/	0	9	/	1	9	6	8					M	I	0	9	3									

CHIEDE per il proprio atleta _____ _____

nato a _____ **il** _____ **(prov)** _____

abitante in _____ **via** _____

UNA VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

ATLETICA LEGGERA

☐ Prima affiliazione ☐ Rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso)

Codice fiscale n.: | | | | | | | | | | | | | | | |

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 può essere presentata prima di 30 gg. dalla scadenza del certificato precedente.
Il Presidente della società non può compilare più richieste di visita per le stesso atleta nel corso degli 11 mesi successivi.