**Regione Lombardia**

Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione

A.T.S. Prov._____

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

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data_____

La Società Sportiva_____

Con sede in _____

Via_____

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale_____

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto_____

dal __|__|-__|__|-__|__|__|__| con codice n. __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
data completa

chiede per il proprio alteta_____

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. __|__|__| __|__|__| __|__|__|__|__| __|__|__|__|__|

_____
Firma del presidente e timbro della società originali

**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.

REGIONE LOMBARDIA * DIREZIONE GENERALE SANITA'