



**Regione Lombardia**  
Direzione Generale Sanità  
U.O. Prevenzione



**A.S.L. Prov. (SO)**

**RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**  
(D.M. Sanità 18/2/1982)

Data .....

LA SOCIETA' SPORTIVA **ASD CASTELRAIDER**

Con sede in: **Via Fazzinelli 17** Città **Castello Dell'acqua** C.A.P. **23030**

Telefono/FAX **349-1727268** e-mail: **castelraider@libero.it**

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: **FIDAL**

Codice Affiliazione Federale n. **SO679**

Chiede per il proprio atleta

COGNOME ..... NOME .....

Nato a ..... il .....

Abitante a ..... C.A.P. ....

Via/Piazza ..... n° .....

Una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

**Prima affiliazione**

**Rinnovo**

(allegare ultimo certificato in originale)

**Tessera sanitaria n.** .....

**Codice Fiscale n.** .....

**A.S.D. CASTELRAIDER**  
Via Fazzinelli 17  
23030 CASTELLO DELL'ACQUA (SO)  
Codice Fiscale: 03010290143  
Partita IVA: 00909600146

.....  
**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 lo stesso atleta nel corso degli 11 mesi successivi.*

