



ALLEGATO "1"



Regione Lombardia

Sanità

U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. (SO)

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

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La società sportiva ASD CASTELRAIDER
con sede in Castello dell' Acqua (SO) C.A.P. 23030

Via Fazzinelli n.17

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale FIDAL con codice federale S0679

Telefono: 3400966121

E-mail: castelraider@gmail.com

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. _____

A.S.D. CASTELRAIDER

Via Fazzinelli 17

23030 CASTELLO DELL'ACQUA (SO)

Codice Fiscale: 93018290143

Partita I.V.A.: 00909800146

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.**

