ALLEGATO "1"

Regione Lombardia
Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzion

A.T.S. Città Metropolitana di Milano

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

Data _____

La società sportiva **SSD SAN GIUSEPPE**
con sede in **PIAZZA DELLO SPORT, 6 - ARESE (MI) - 20020**
Telefono/FAX: **02/84130954** - e-mail: **infobasket@sgsport.it**
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale **FIP - Federazione Italiana Pallacanestro**
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____

dal |**0**|**1**| - |**0**|**1**| - |**2**|**0**|**1**|**3**| con codice n. |**0**|**5**|**2**|**9**|**4**|**6**|
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 **PALLACANESTRO**

|__| 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

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**.

DIREZIONE GENERALE SANITA' REGIONE LOMBARDIA