RegioneLombardia

Sanità

U.O. Prevenzione

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

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La Società Sportiva POLISPORTIVA COMENSE 2015 ASD
con sede in COMO 22100 via VIALE INNOCENZO XI n. 19

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale **Federazione Italiana Pallacanestro codice 054216** e all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto **CSI cod. 02200439**

dal _____01/07/2014_____
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. |__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__||__|

POLISPORTIVA COMENSE 2015
A.S.D. POLISPORTIVA COMENSE 2015
Viale innocenzo XI, 19.
22100 COMO
Partita IVA 03523810137
www.comense.it / info@comense.it

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