Regione Lombardia

DG WELFARE
U.O. PREVENZIONE

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

(D.M. SANITÀ 18.02.1982 – D.M. SANITÀ 04.03.1993)

DATA _____

La Società Sportiva POLISPORTIVA COMENSE 2015 ASD

Con sede in VIALE INNOCENZO XI 19 CAP 22100

Indirizzo PEC* COMENSE@LEGALMAIL.IT

Affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale (sigla) _____

Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto (sigla) CSI dal 15 / 12 / 2015

con codice n. 0022 00439

Chiede per il proprio atleta:

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Via/piazza _____ n. _____

Codice fiscale _____

Indirizzo PEC _____

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

PALLAVOLO

☐ Prima affiliazione

☐ Rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

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

_____

Firma del Presidente e timbro della Società Sportiva

N.B.

L'indirizzo PEC è requisito obbligatorio.
La mancata o 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.