RegioneLombardia

Sanità

U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. _____

RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La società sportiva **ASD SEAMEN MILANO FA**
con sede in **MILANO**
Via **Manzoni** n **30**
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale **F.I.D.A.F.**
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto **ASI – LOM MI 0242**

dal **26 - 06 - 2009** con codice n. |_|_|_|_|_|**T|0|0|8|0**
data completa

chiede per il proprio atleta _____
nato a _____ il _____
abitante a _____
Via / Piazza _____ n. _____

Tessera sanitaria n. |_|_|_| |_|_| |_|_|_|
Codice Fiscale n. |_|_|_|_|_|_||_|_|_|_|_||_||_|_|_|_|

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

FOOTBALL AMERICANO

|__| prima affiliazione |__| rinnovo(allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

SEAMEN MILANO
CF. 97522630157
VIA MANZONI 30 Milano

_____
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**.

REGIONE LOMBARDIA DIREZIONE GENERALE SANITA'