



Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità  
U.O. Prevenzion

A.S.L. Prov. \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

**LA SOCIETA' SPORTIVA RUGBY TREVIGLIO ASD**

Sede in: LODI.9 Città TREVIGLIO

Telefono/FAX 335 218 016/ 0363 302113 E-mail: michelle.ford@trevigliorugby.com

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: **FEDERAZIONE ITALIANA RUGBY**

E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: \_\_\_\_\_

dal 07 - 03- 2007 con codice n. LOBG25 / 281575

**Chiede per il proprio atleta:**

COGNOME.....NOME.....

Nato a ..... il .....

Abitante a ..... C.A.P. ....

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.



*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.***