



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.*