Regione Lombardia

Direzione Generale 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 RUGBY TREVIGLIO ASD rugbytreviglio@pec.it

Con sede in TREVIGLIO (BG)

Via LODI 9

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale FIR - FEDERAZIONE ITALIANA RUGBY

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto_____

dal 0 7 - 0 3 - 2 0 0 7 (data completa) con codice n. L OB G 2 5 / 2 8 1 5 7 5

chiede per il proprio alteta_____

nato a_____ il_____

abitante a_____

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. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

RUGBY TREVIGLIO ASD
Firma del Presidente e Timbro della Società
nn via Lodi n. 41
24047 TREVIGLIO(BG)

_____
Firma del presidente e timbro della società originali

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.

DIREZIONE GENERALE SANITA' ★ REGIONE LOMBARDIA