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 CASTELLANA CASTELGOFFREDO SSD SRL

Con sede in CASTEL GOFFREDO (MN) CAP 46042

Indirizzo PEC* accastellana@legalmail.it

Affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale (sigla) F.I.G.C.

Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto (sigla) _____ dal 01/07/1972

con codice n. |6|7|5|3|5|5|_|_|_|_|

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:

☐ Prima affiliazione

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

_____

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.