



Regione Lombardia

RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. SANITA' 18/2/82)

Data _____

La società sportiva _____ **OLIMPIC SWIM PRO ASD** _____
con sede in _____ **VILLONGO** _____ Via _____ **LORESCHI** _____ n° _____ **26** _____
affiliata a Federazione Sportiva Nazionale/Ente sportivo riconosciuto _____ **F.I.TRI.** _____
dal _____ **02-2011** _____ con Codice n° _____ **1787** _____ chiede per il proprio
atleta _____
nato a _____ il _____ **Tel** _____
abitante _____ Via _____ n° _____
una visita medico sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello **sport:**
TRIATHLON

prima affiliazione

rinnovo
**(allegare ultimo certificato
in originale in possesso
dell'atleta)**

Tessera Sanitaria n° _____

Codice Fiscale: _____

Firma del Presidente
e Timbro della Società

NOTA BENE: La mancata o errata compilazione di uno dei dati richiesti rende NULLA la richiesta. Tutta la richiesta deve essere compilata a macchina o con carattere stampatello.

NON SONO AMMESSE FOTOCOPIE.

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 non può essere presentata prima di 30 giorni 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.