



Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. MI

RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La società sportiva A.S.D. SHADOW ARCHERY TEAM

con sede in MILANO Prov. MI

Via DEGLI ZUCCARO n. 11 C.A.P. 20146

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale FITARCO

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto FIARC

Dal 16 / 11 / 2000 con codice n. 04 - 127

chiede per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

abitante a _____

Via / Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

TIRO CON L'ARCO

prima affiliazione

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

Tessera sanitaria n. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Fiscale n. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Firma del presidente e timbro della società

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.**