ALLEGATO "1"

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 MOTOCLUBLUMEZZANE
Sede in: VIA MAZZINI 92 **Città** LUMEZZANE
Telefono/FAX 030 5240719 **E-mail:** motoclublumezzane@libero.it
Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: FMI
E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: FMI
dal 10 - 11 - 1962 **con codice n.** 0426
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. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

MOTO CLUB Lumezzane
A.S.D.
Via Mazzini, 92 - Tel. 030.5240719
25065 LUMEZZANE S.S. (Brescia)
C. F.: 02985470174 - P. IVA: 00714980984

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.***

DIREZIONE GENERALE SANITA' REGIONE LOMBARDIA