



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 Atletica Valchiese

Sede in: Piazza XVI Artiglieria **Città** Storo (TN)

Telefono/FAX 339 371 6974 **E-mail:** atletica.valchiese@gmail.com

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: FIDAL

E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: CSI

dal 01 - 01 - 1973 **con codice n.** TN119

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
ATLETICA LEGGERA**

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

Associazione Sportiva Dilettantistica
Società Atletica Valchiese
Piazza XVI Artiglieria, 6 - c.p.13
38080 DABZO di STORO (TN)
Cod. fisc. 86005280228
Partita IVA 01771150222

*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.***

