Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Val Padana

RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

La Società Sportiva EAGLES BASKET RIVA DEL PO A.S.D.

con sede in LUZZARA(RE) **via** MADRE TERESA DI CALCUTTA **n.** 8

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO

dal |3|1| |0|8| |2|0|1|1| **con codice n.** |_|_|_|_|_|_|_|_|0|5|2|5|2|3|
data completa

CHIEDE per il proprio atleta _____

nato a _____ **(prov)** _____ **il** _____

abitante in _____ **via/piazza** _____ **n.** _____

UNA VISITA MEDICO - SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

☐ prima affiliazione ☐ rinnovo (allegare ultimo certificato **in originale** in possesso dell'atieta)

Tessera sanitaria:
(Codice assistito) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice fiscale n.: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A.S.D. EAGLES BASKET RIVA DEL PO
Via Madre Teresa di Calcutta, 8
42045 Luzzara(RE)
FIP: 052523

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**.