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 SCUDERIA ABS SPORT SSD A RL
Sede in: VIA MANZONI Città MONZA
Telefono/FAX 3356416983 E-mail: [illegible]
Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: ACI-CSA
E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: CONI
dal 03-03-2017 con codice n. 236351
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. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Firma del Presidente e Timbro della Società

SCUDERIA ABS SPORT
Società Sportiva Dilettantistica a RL
Via Manzoni, 37 - 20900 MONZA (MB)
Cod. Fisc. e R.I. MB 94635720157
Partita IVA 09842980964
R.E.A. MB 1911970 - abssportssd@legalmail.it

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