Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Val Padana

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

(D.M. Sanità 28.02.1983)

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

La Società Sportiva _____

con sede in _____ **via** _____ **n.** _____

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____

dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **con codice n.** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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 NON AGONISTICA DELLO SPORT

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

Tessera sanitaria n.: (codice assistito) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice fiscale n.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Firma del Presidente e timbro della Società

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 deve compilare più richieste di visita per lo stesso atleta nel corso degli 11 mesi successivi**.