



ALLEGATO "1"

Regione Lombardia
Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. VARESE

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

Data _____

La Società sportiva TEAM BUSTO BIKE A.S.D.
con sede in BUSTO ARSIZIO
Via PALLANZA n. 40
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____
e/o Ente di Promozione Sportiva riconosciuto U.D.A.C.E.
dal 25-11-2008 con codice n. 04VA084
data completa

chiede per il proprio atleta _____
nato a _____ il _____
abitante a _____ Via/Piazza _____ n. _____

una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonista dello sport
CICLISMO

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

N.B.: La mancata o 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.

