



**Regione Lombardia**

Direzione Generale Sanità  
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. \_\_\_\_\_

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

(D.M. 18/2/1982)

Data \_\_\_\_\_

LA SOCIETA' SPORTIVA \_\_\_\_\_ **Unione Sportiva Derviese A.S.D.**

Sede in \_\_\_\_\_ Via Martiri \_\_\_\_\_ N° 13 \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ DERVIO \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ 23824

Telefono/FAX \_\_\_\_\_ 0341/804159 \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ posta@usderviese.it

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: \_\_\_\_\_ F.I.P.A.V. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ 01/09/1986

Codice Affiliazione Federale \_\_\_\_\_ 04-099-0010 \_\_\_\_\_

**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**

**PALLAVOLO**

**Prima affiliazione**

**Rinnovo**

(allegare ultimo certificato in originale)

Tessera sanitaria n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_



**IL PRESIDENTE  
Sandonini Paolo**

***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.***

