



**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 Marconi **N°** 30 **Città** DERVIO **C.A.P.** 23824

**Telefono/FAX** 1782256475 **E-mail** posta@usderviese.it

**Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale:** C.S.I. **dal** 27/03/1976

**Codice Affiliazione Federale** 13600123

**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**

**CALCIO**

**Prima affiliazione**

**Rinnovo**  
(allegare ultimo certificato in originale)

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

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



**IL PRESIDENTE**  
**Adamoli Cristian**

***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.***

