



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: _____ 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
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.***

