



Regione Lombardia

Sanità
U.O. Prevenzione

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

(D. M. Sanità 18.02.1982 - D. M. Sanità 04.03.1993)

Data _____

La Società Sportiva TENNIS SPORT MASTER SOCIETA' COOP. SPORTIVA DILETTANTISTICA
con sede in MILANO CAP 20155
via / piazza VIA GIUSEPPE GOVONE n. 67

affiliata a:

- Federazione Sportiva Nazionale (sigla) FIT
- Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto (sigla) _____
dal 2/8 - 0/4 - 1/9/9/4 con codice n. 0/3/2/8/0/4/9/4/____/____
data completa

chiede per il proprio atleta:

cognome e nome _____
nato a _____ il _____
residente a _____
via / piazza _____ n. _____
codice fiscale _____

una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport:

TENNIS

prima affiliazione

rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

TENNIS SPORT MASTER S.S.D.
cooperativa A.R.L.
Via G. Govone, 67 - 20155 MILANO
R.I.V.A. 07766180157

Firma del Presidente e timbro della Società Sportiva

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**.

