



ALLEGATO "1"

Regione Lombardia

Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. _____

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

Data _____

La società sportiva **A.S.D. AURORA MILANO**
con sede in **MILANO**
Via Marcantonio Colonna n. 1
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto **CENTRO SPORTIVO ITALIANO – C.S.I.**

dal |0|2| - |0|2| - |2|0|0|2| con codice n. |0|2|0|0|4|6|5|
data completa

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

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

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

Associazione Sportiva Dilettantistica AURORA MILANO
Via Marcantonio Colonna 1 - 20149 Milano
C.F./P.IVA 03429370962

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.**

