

**Regione Lombardia**Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione**A.S.L. Prov. _____**

**RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**
(D.M. Sanità 18/2/1982)

Data _____

LA SOCIETA' SPORTIVA FLY DANCE STUDIO ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICACon sede in: **NOVATE MILANESE** Città **MILANO** C.A.P. **20026**Telefono/FAX **3450219800**e-mail: **asdflydancestudio@gmail.com**Affiliata all'Ente di Promozione Sportiva: **CSEN**Codice Affiliazione n. **64954**

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 **DANZA SPORTIVA**
☐
Prima affiliazione
☐
Rinnovo

(allegare ultimo certificato in originale)

Tessera sanitaria n.**Codice Fiscale n.**

--	--	--	--	--

IL PRESIDENTE

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.**

