



Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzion

A.S.L. Prov. _____

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

(D.M. 18/2/1982)

Data _____

LA SOCIETA' SPORTIVA TENNIS CLUB OPERA A.S.D.

Sede in: VIA FRATELLI CERVI N° 1 Città OPERA (MI)

Telefono/FAX _____ E-mail: _____

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS

E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: _____

dal 14-03-2012 con codice n. 03140312

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
TENNIS**

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**

*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.***

