



**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 CUS PRO PATRIA MILANO TRIATHLON ASD

Con sede in: VIALE SARCA, 205 Città MILANO C.A.P. 20126

Telefono/FAX 02 6437519 e-mail: propatria@propatriatriathlon.it

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: FCI

Codice Affiliazione Federale n. 02E4495 dal 08-01-2019

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 .....

**Prima affiliazione**

**Rinnovo**

(allegare ultimo certificato in originale)

**Tessera sanitaria n.** .....

**Codice Fiscale n.**

--	--	--	--	--

**IL PRESIDENTE**

**CUS PRO PATRIA**  
Milano Triathlon  
P.IVA/C.F. 10568690969  
Viale Sarca, 205 - 20126 Milano

***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.***

