



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: FITRI

Codice Affiliazione Federale n. 01180 dal 02-06-1996

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.***

