



Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Provincia di _____

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

Data ____/____/202____

La Società Sportiva EXPRESSION DANCE SSDARL
con sede GORGONZOLA in via CARLO PORTA N°5/7
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____
e/o all'Ente di Promozione Sportiva riconosciuto CONI

dal - - 202____
(data completa)

con codice nr. OPES n.

Chiede per il proprio atleta _____

Nato a _____ il _____

Abitante a _____

In Via/Piazza _____

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

.....
EXPRESSION DANCE ACADEMY SSDARL

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 data di 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
-