MED SPORT – MEDICINA SPORTIVA E PREVENTIVA
Via Recchi, 7 - 22100 Como
Tel. 031 570795 Fax 031 3380676
E-mail: medsportco@sportmed.it

Regione Lombardia
Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. _____

RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M. 18/2/1982)

Data _____

LA SOCIETA' SPORTIVA U.S. PRESTINO 1974

Sede in: Via D'Annunzio **n°** 46/C **C.A.P.** 22100 **Città** COMO

Affiliata all' Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: C.S.I.
dal 26/09/1978 **con codice** 02200053

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

CALCIO

☐ **Prima affiliazione** ☐ **Rinnovo**
(allegare ultimo certificato in originale)

Tessera sanitaria n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Codice Fiscale n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

U.S. PRESTINO 1974
Associazione Sportiva Dilettantistica
Via D'Annunzio, 46/C - 22100 COMO
Cod. Fiscale 95083480137

IL PRESIDENTE
Dimitri Puricelli
_____

__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.__