

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

(D.M. SANITÀ 18.02.1982 – D.M. SANITÀ 04.03.1993)

DATA _____
La Società Sportiva POLISPORTIVA SOAVE 90 ASD
Con sede in SOAVE DI PORTO MANTOVANO CAP 46047
Indirizzo PEC* _____

Affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale (sigla) _____
Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto (sigla) C.S.I. dal 5/12/2005
con codice n. 11111111111111111111

Chiede per il proprio atleta:

Cognome e nome _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____
Via/piazza _____ n. _____
Codice fiscale _____
Indirizzo PEC _____

Una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport:

☐ Prima affiliazione

☐ Rinnovo (allegare ultimo certificato
in originale in possesso dell'atleta)

Firma del Presidente e timbro della Società Sportiva

N.B.

L'indirizzo PEC è requisito obbligatorio.

La mancata o 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.