RegioneLombardia

**Direzione Generale Sanità**
**U.O. Prevenzione**

**A.S.L. Prov. ___BG_____**

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

**Data _____**

**La società sportiva A.S.D. ARCI-UISP di Boccalone/Campagnola/Carnovali/Malpensata**

**con sede in BERGAMO**

**Via ZANICA n. 57 c/o Daniele Ghisleni**
**affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale ----------**
**affiliata all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto UISP (Unione Italiana Sport per Tutti)**
**dal |0|1| - |0|9| - |1|9|7|6| con codice n. |D|0|1|0|1|3|6|**
**data completa**

**CHIEDE**

**per il proprio atleta _____**

**nato a _____ il _____**

**abitante a _____**

**Via / Piazza _____ n. _____**

**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 n. |__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__||__||__|__|__|__|

A.S.D. ARCI - UISP
BOCCALEONE / CAMPAGNOLA
CARNOVALI / MALPENSATA
Via Zanica, 57 - Tel. e Fax 035/319120
24126 Bergamo - (BG)
C. F. 95005520168

_____
**Firma del Presidente e timbro della Società**
**Entrambi in originale su ogni copia**

**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.**