Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ATS Val Padana

RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA NON AGONISTICA

(D.M. Sanità 28.02.1983)

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

La Società Sportiva _____

con sede in _____ via _____ n. _____

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____

dal |__|__| |__|__| |__|__|__|__| con codice n. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data completa

CHIEDE per il proprio atleta _____

nato a _____ (prov) _____ il _____

abitante in _____ via/piazza _____ n. _____

UNA VISITA MEDICO - SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA NON AGONISTICA DELLO SPORT

☐ prima affiliazione ☐ rinnovo (allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atieta)

Tessera sanitaria n.: |__|__|__|__|__|__|__|__|
(codice assistito)

Codice fiscale n.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Firma del Presidente e timbro della Società

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 deve compilare più richieste di visita per lo stesso atleta nel corso degli 11 mesi successivi.