ALLEGATO "1"

Regione Lombardia
Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. PAVIA

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

(D.M. Sanità 18/2/1982)

Data _____

LA SOCIETA' SPORTIVA ASD AVIS PAVIA GRUPPO CICLISTICO .....

Con sede in: VIA TARAMELLI, 7 ..... Città PAVIA ..... C.A.P. 27100 .....

Telefono/FAX ..... e-mail: avisciclistipavia@gmail.com .....

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: ACSI .....

Codice Affiliazione Federale n. 04PV106 .....

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 CICLISMO .....

☐ **Prima affiliazione**

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

Tessera sanitaria n. .....

Codice Fiscale n.

IL PRESIDENTE
Alfredo Scrivano

N.B.: *La mancata o l'errata compilazione di uno dei dati richiesti e/o la mancanta 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.***

SANITA' * DIREZIONE GENERALE