ALLEGATO "1"

Regione Lombardia
Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. Lodi

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

(D.M. 18/2/1982)

Data _____

LA SOCIETA' SPORTIVA NUOVO CENTRO SUB LODI

Sede in: C/O PISCINA FAUSTINA VIA DON GNOCCHI **N°** **Città** LODI **C.A.P.** 26900

Telefono/FAX 0371/439150 **E-mail:** info@centrosublodi.it

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: FIAS/CMAS **dal** 08/01/2006

Codice Affiliazione Federale 420

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/non agonistica dello sport

SUBACQUEA

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

Tessera sanitaria n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Codice Fiscale n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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.***

NUOVO CENTRO SUB LODI
Il Presidente

_____

DIREZIONE GENERALE SANITA'