



Con la presente richiediamo visita medica con il costo a carico A.S.D. Zibido San Giacomo

## RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M. 18/2/1982)

Data \_\_\_\_\_

LA SOCIETÀ SPORTIVA ASD ZIBIDO SAN GIACOMO

Sede in: via Risorgimento 3 Città Zibido San Giacomo

Telefono/FAX 0290002523 E-mail info@asdzibido.it

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: F.I.G.C.

E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: \_\_\_\_\_

dal 1 - 7 - 1970 con codice n. 60177

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**

**Prima affiliazione**

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

Tessera sanitaria n.

Codice Fiscale n.

Firma del Presidente e  
Timbro della Società

**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.

