

**CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT  
SAN GOTTARDO**

Milano – v.Gentilino, 9 – Tel. 028360678  
Convenzionato Regione Lombardia per la tutela delle Attività Sportive  
Idoneità Regionale n° 510

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA  
(D.M. Sanità 18/02/1982)**

Data ..... ASL .....

La **Società Sportiva** .....

con sede in ..... indirizzo .....

affiliata alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva .....

dal ..... ( data completa gg/mm/aaaa ) con codice n° .....

chiede per il **proprio atleta** .....

nato a ..... il .....

residente in ..... indirizzo .....

Tessera Sanitaria ..... Cod.Fiscale .....

**una visita medico sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport:**

.....

prima affiliazione

rinnovo

**Firma del Presidente e Timbro della Società**

.....

**N.B.:** la mancata o errata compilazione di uno dei dati 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 caratteri in stampatello, timbrata e firmata in originale, non si possono accettare fotocopie.

La richiesta non può essere presentata prima di 30 gg. dalla data di 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.

Spazio riservato alla Segreteria

data prenotazione visita .....

data esecuzione visita .....

Firma Utente .....