



**Regione Lombardia**

Direzione Generale Sanità  
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. Milano

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**  
(D.M. Sanità 18.02.1982)

Data \_\_\_\_\_

La Società Sportiva POLISPORTIVA ATLETICO ARLUNO ASD

Con sede in ARLUNO (MI)

Via G. MARCONI, 118

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale CENTRO SPORTIVO ITALIANO

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto CSI

dal 04 - 09 - 2019 con codice n. 01378  
data completa

chiede per il proprio atleta \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

abitante a \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

**ASD POLISPORTIVA  
ATLETICO ARLUNO**

20004 Arluno (MI), Via G. Marconi, 118  
C.F. 93540810152 P.IVA 08449510962

Firma del presidente e timbro della società originali

**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.

