



ALLEGATO "1"

Regione Lombardia

Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. _____

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

Data _____

La società sportiva _____ A.S.D. OLD BABBYONS RUGBY CLUB____
con sede in _____ MILANO _____
Via _____ SAVONA _____ n. _____ 90/A _____
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____ F.I.R. Federazione Italiana Rugby____
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____

dal |0|6| - |0|8| - |2|0|1|9| con codice n. |7|1|4|9|0|1|
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
_____ RUGBY _____

☐ prima affiliazione

☐ rinnovo (allegare ultimo certificato in
originale in possesso dell'atleta)

Tessera sanitaria n. |
Codice Fiscale n. |


Old Babbions Rugby Club
Associazione Sportiva Dilettantistica
Via Valerisa 76 - Milano - 20152
C.F. 97849920158
Cod.FIR: 714901

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.**

