


**Regione Lombardia**

 Direzione Generale Sanità  
 U.O. Prevenzione

**A.S.L. Prov. \_\_\_\_\_**

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

Data \_\_\_\_\_

**LA SOCIETA' SPORTIVA Venus Triathlon Academy S.S.D. a.r.l.**

 Con sede in: **VIA ROMA TRAV. VI, 2/B** Città **Iseo (BS)** C.A.P. **25049**

 Telefono/FAX ..... e-mail: **venustriathlon@gmail.com**

 Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: **FITRI / FIDAL / ASI**

 Codice Affiliazione Federale n. **FITRI 2403 / FIDAL BS950 / ASI LOM-BS0695**

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)

**Tessera sanitaria n. ....**
**Codice Fiscale n.**

--	--	--	--	--

**VENUS TRIATHLON ACADEMY S.S.D. a.r.l.**

Via dei Mille, 5 - 25049 ISEO (BS)

C.F. e P. IVA/04129050987

 Firma **venustriathlon@gmail.com** 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.*

