Regione Lombardia

DG WELFARE
U.O. PREVENZIONE

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M. SANITÀ 18.02.1982 – D.M. SANITÀ 04.03.1993)

DATA _____

La Società Sportiva ASD FUNTOS BIKE

Con sede in via 42 Martiri, n.86 - VERBANIA CAP 28924

Indirizzo PEC* buarotti@pec.it

Affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale (sigla) ----------

Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto (sigla) C.S.A.IN. dal 01/01/2014

con codice n. |0|0|0|0|1|V|B|0|2|4|

Chiede per il proprio atleta:

Cognome e nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Via/piazza _____ n. _____

Codice fiscale _____

Indirizzo PEC _____

Una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport:

☐ Prima affiliazione

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

_____

Firma del Presidente e timbro della Società Sportiva

N.B.

L'indirizzo PEC è requisito obbligatorio.
La mancata o 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.

RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA
AGONISTICA (D. M. Sanità 18.02.1982 - D. M. Sanità 04.03.1993)

Data _____

La Società Sportiva: **ASD FUNTOS BIKE - c.f.: 01794470037**

con sede in: **via 42 MARTIRI, n.86 - CAP 28924 - VERBANIA (VB)**

indirizzo e-mail: **INFO@FUNTOSBIKE.IT** - indirizzo e-mail PEC: **.....**

affiliata a:

☒ Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: **CSAIN**
affiliata regolarmente per l'anno con codice n. : **01VB024**

chiede per il proprio atleta:

cognome e nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____

via / piazza _____ n. _____

e-mail/PEC_____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__||__|

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

(scrivere in stampatello, 1 sport per ogni modulo)

_____

|__| prima affiliazione |__| rinnovo

_____
Firma del Presidente e timbro della Società Sportiva

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva
NON AGONISTICA DEL CICLISMO

Sig.ra/Sig. .....

Nata/o a ..... il ...../...../.....

Residente a .....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dai valori di pressione arteriosa rilevati, nonchè del referto del tracciato ECG eseguito in data ...../...../..... , non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica del ciclismo.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

.....