**Regione Lombardia**
Sanità
U.O. Prevenzione

# RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA
# PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M. Sanità 18/2/1982 – D.M. Sanità 04.03.1993)

Data _____

La società sportiva **DANZAPASSION ssd a rl**

**Con sede in: Burago di Molgora (MB) CAP 20875 Via / piazza Piazza Giacomo Matteotti 12**

Telefono 334 3336808 e-mail: segreteriasportiva@danzapassion.it

PEC: danzapassion@pec.it

Affiliata a:

[_] Federazione Sportiva Nazionale
[**X**] Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto (sigla): **CSEN**

dal **15.12.2015** Codice affiliazione Federale n. **45158**

Chiede per il proprio atleta:

Cognome e nome ……

Nato a …..……. il……..

residente a. …….

Via/Piazza ……. n° …….

Codice fiscale [__][__][__][__][__][__][__][__][__][__][__][__][__][__][__][__]

Tessera sanitatia n. ……..

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

## DANZA SPORTIVA

☐ **Prima affiliazione**

☐ **Rinnovo**
(allegare ultimo certificato in originale)

_____
Firma del Presidente e timbro della società sportiva

***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.***