



ALLEGATO "1"

Regione Lombardia
Direzione Generale 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 ACSI Settore Sportivo Nazionale Moto

con sede in Casale Monferrato (AL)

via A. Savio n° 14

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto ACSI ROMA

dal

0	2
---	---

0	2
---	---

2	0	1	5
---	---	---	---

 con codice

1	0	5	9	1	6				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

chiede per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

abitante a _____

via p.zza _____ n° _____

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

MOTOCICLISMO

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

Tessera sanitaria n°

--	--	--	--	--	--

Codice fiscale n°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ACSI SETTORE MOTO
via Montecatini 5 - ROMA
C.F. 97870690589

Firma del presidente e timbro 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 richieste di visita per lo stesso atleta nel corso degli 11 mesi successivi.



ALLEGATO "1"

Regione Lombardia
Direzione Generale 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 ACSI Settore Sportivo Nazionale Moto
con sede in Casale Monferrato (AL)
via A. Savio n° 14

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto ACSI ROMA

dal

0	2
---	---

0	2
---	---

2	0	1	5
---	---	---	---

 con codice

1	0	5	9	1	6				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

chiede per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

abitante a _____

via p.zza _____ n° _____

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

prima affiliazione

rinnovo (allegare ultimo certificato in _____)

_____ firma del presidente e timbro società

N.B. 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.
La richiesta non può essere presentata prima del 15/02/1983.

Alla Medicina dello Sport di.....

LA SOCIETA' SPORTIVA : MONFALIVE ssd a rl codice affiliazione ACSI n. 112114

Con Sede Sociale in : via A. savio 14 – 15033 Casale Monferrato (AL)

FEDERAZIONE/ENTE PROMOZIONE SPORT: ACSI

RICHIEDE:

Visita Medica per idoneità sportiva agonistica (D.M. Sanità 18.02.1982-L.R.12.06.1987 N.33)

DELLO SPORT: MOTOCICLISMO

PER L'ATLETA:

Cognome

Nome

Nato a

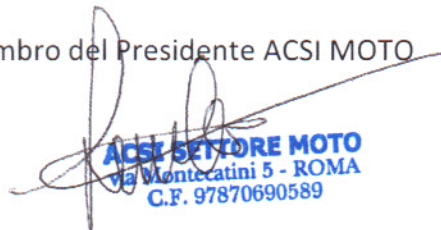
il

Residente a

via/piazza

Data

Firma e Timbro del Presidente ACSI MOTO



Il sottoscritto padre/madre/tutore del minore da il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva e all'effettuazione degli accertamenti sanitari di legge.

Firma

In caso di impossibilità di ambedue i genitori ad accompagnare il figlio alla visita, gli stessi possono delegare un familiare maggiorenne che li sostituisca, al fine di rendere un accurata anamnesi familiare e personale

Il sottoscritto delega relazione di parentela

Ad accompagnare il proprio figlio alla visita medica

Firma o documento delegante

Firma o documento delegato

Esprimo ai sensi del DEC/LGS 196/03 il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per la finalità annesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia. Presto il consenso affinché il medico sportivo possa comunicare direttamente al mio medico di famiglia informazioni sul mio stato di salute.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà