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 S.C. Brenta Team A.D.
con sede in Caderzone (TN)
Via Nazionale n. 4
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale F.I.S.I.
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____

dal 17/10/1995 con codice n. TND1
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
_____

__
|__| prima affiliazione

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

Tessera sanitaria n. |_|_|_| |_|_| |_|_|_|
Codice Fiscale n. |_|_|_|_|_|_||_|_|_|_|_||_||_|_|_|_|

Associazione Sportiva TND1
Via Nazionale, 4
38080 Caderzone (TN)
Tel. e fax 0465.804512
P. IVA 01514580222
BRENTA TEAM

_____
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 più 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**.