



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 ASD GOLF CREMA RESORT
 Con sede in: VIA OMBRIANELLO, 21 Città CREMA (CR) C.A.P. 26013
 Telefono/FAX 0373/84500 e-mail: INFO@GOLFCREMARESORT.COM
 Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: F.I.G. (GOLF)
 Codice Affiliazione Federale n. 184

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 GOLF
☐

Prima affiliazione

☐

Rinnovo

(allegare ultimo certificato in originale)

Tessera sanitaria n.

Codice Fiscale n.

--	--	--	--	--

ASD GOLF CREMA RESORT

Via Ombrianello, 21

IL PRESID 26013 - Crema (CR)

Telefono: 0373 231357

P.Iva.: 01012580195

C.F.: 91005230197

*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.

