

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

Data _____

La società sportiva FOLIGNO VOLLEY ASD

con sede in FOLIGNO

via RONCALLI n° 10 affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale FIPAV

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____

dal

1	8	0	3	2	0	0	8
---	---	---	---	---	---	---	---

 con codice

1	1	0	5	5	0	2	1	4	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

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°

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

FOLIGNO VOLLEY ASD
Via Roncalli n. 10 - 06034 FOLIGNO (PG)
C.F.: 91002020542 - P.I.: 02441190549 **FOLIGNO VOLLEY ASD**
COD. FIPAV: 110550214
e-mail: info@folignovolley.it

Il Presidente
Lorenzo Ducci

(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 intenda 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 giorni 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.