



RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA NON AGONISTICA

(D.M. Sanità 28.02.1983)

Data

La Società Sportiva **F.C.D. POLIRONE 2019**

con sede in **SAN BENEDETTO PO (MN)** via **TRIESTE** n. **58**

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale F.I.G.C.

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto

dal

1	8
---	---

0	7
---	---

2	0	1	9
---	---	---	---

 con codice n.

9	5	1	7	3	9						
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

data completa

CHIEDE per il proprio atleta

nato a _____ (prov) _____ il _____

abitante in via/piazza _____ n. _____

UNA VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA **NON** AGONISTICA DELLO SPORT

prima affiliazione

rinnovo (allegare ultimo certificato **in originale** in possesso dell'atleta)Tessera sanitaria n.: [] [] [] [] [] []
(codice assistito)[illegible]

FCD Polirone 2019

Via Trieste, 58

46027 San Benedetto Po (MN)

C.F.: 91017210203

P.IVA: 02587320207

iban.IT04Y01080579200000010444019

Firma del Presidente e timbro della Società

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 deve compilare più richieste di visita per lo stesso atleta nel corso degli 11 mesi successivi.**