



ALLEGATO "1"

# Regione Lombardia

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 \_\_\_\_\_ **ASD BASKET FEMMINILE VARESE 95** \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ **VARESE** \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ **PASUBIO** \_\_\_\_\_ n. **28** \_\_\_\_\_  
affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale **F.I.P. Federazione Italiana Pallacanestro** \_\_\_\_\_  
e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto \_\_\_\_\_

dal **01** - **07** - **1995** \_\_\_\_\_ con codice n. **036138** \_\_\_\_\_  
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  
**PALLACANESTRO** \_\_\_\_\_

prima affiliazione

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

Tessera sanitaria n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_



**ASD Basket Femminile Varese 95**  
**Via Pasubio 28 - 21100 Varese (Va)**  
[www.pallacanestrofemminilevarese.com](http://www.pallacanestrofemminilevarese.com)  
[infovarese95@gmail.com](mailto:infovarese95@gmail.com)

\_\_\_\_\_  
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 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.

