



Regione Lombardia  
Direzione Generale Sanità  
U.O. Prevenzion

A.T.S. Città Metropolitana

**RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA  
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA  
(D.M. 18/2/1982)**

Data \_\_\_\_\_

LA SOCIETA' SPORTIVA ASD YAMA KARATE CLUB MILANO  
Sede in: V. GIULIETTA PEZZI, 4 Città MILANO  
Telefono/FAX 02.91632661 E-mail: yamakarateclub@gmail.com  
Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: FIKTA-FILTKAM  
E/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto: US ACU - CSAIN  
dal 09-09-2006 con codice n. KLO 309  
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**

**Prima affiliazione**

**Rinnovo**  
(allegare ultimo certificato in originale in possesso dell'atleta)

Tessera sanitaria n.

Codice Fiscale n.

Firma del Presidente ASD YAMA  
Timbro della Società  
**KARATE CLUB MILANO**  
Via Giulietta Pezzi, 4 - 20135 Milano  
P.IVA 10036470962 - C.F. 97446190155

*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.*

