



Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. _____

**RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**

(D.M. 18/2/1982)

Data _____

LA SOCIETA' SPORTIVA I.R.H.A. ITALIAN REINING HORSE ASSOCIATION

Sede in: Stradello Pratospilla **N°** 3 **Città** Parma **C.A.P.** 43100

Telefono/FAX 0521-819151 fax 0521-812423 **E-mail:** itrha@itrha.com

Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: FISE **dal** 07/10/2002

Codice Affiliazione Federale 085235

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
EQUITAZIONE**

Prima affiliazione

Rinnovo
(allegare ultimo certificato in originale)

Tessera sanitaria n.

Codice Fiscale n.

IL PRESIDENTE
Roberto Cuoghi

*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.***

