

Da compilare SOLO in assenza di timbro

- Denominazione _____
- Indirizzo (Via e CAP) _____
- Indirizzo (Città e Prov.) _____
- Codice Fiscale _____

Spazio per timbro contenete le seguenti informazioni:
Denominazione, Indirizzo e Codice Fiscale

Oggetto: **Richiesta di visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica (D.M. 18.02.1982)**

La ASD/SSD _____

con sede in (Città, Via, CAP) _____

affiliata alla FISBB – Federazione Italiana Sport Biliardo e Bowling

dal _____ con codice di affiliazione _____

chiede per il proprio Atleta _____

nato a _____ il _____

residente a (Città, Via, CAP) _____

Codice Fiscale _____

Tessera sanitaria n. _____

Una visita medico - sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport del **Biliardo sportivo**

prima affiliazione rinnovo (*allegare ultimo certificato originale in possesso dell'Atleta*)

solo per gli Atleti minorenni

il sottoscritto _____ esercente la podestà sul

minore _____ dà il consenso alla pratica della

specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata e all'effettuazione dei relativi accertamenti medici

previsti per il rilascio del certificato d'idoneità.

Luogo e data, _____ Firma del Genitore _____

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 ASD/SSD non può compilare più richieste di visita per lo stesso Atleta nel corso degli 11 mesi successivi. Per la visita medica di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore.

Luogo e data, _____

In fede (Il Presidente dell'ASD/SSD) Firma e Timbro _____