



**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 Cioffi  
 Italian Reining Horse Association  
 Sede Legale: Stradello - Pratospilla,  
 43100 - PARMA - ITALY  
 Partita IVA 02238810341

*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.*

