

DG WELFARE  
U.O. PREVENZIONERICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA  
PRATICA AGONISTICA

(D.M. SANITÀ 18.02.1982 – D.M. SANITÀ 04.03.1993)

DATA \_\_\_\_\_

La società sportiva Mantova Triathlon A.S.D.  
con sede in Mantova - Viale Gorizia n. 1 CAP 46100  
Indirizzo PEC: amministrazione@pec.mantovatriathlon.it

Affiliata a:

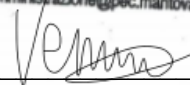
Federazione Sportiva Nazionale FITRI  
con codice n. 2465 dal 09-02-2021

Chiede per il proprio atleta:

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport:

Triathlon

☐ Prima affiliazione☐ Rinnovo (allegare ultimo certificato in  
originale in possesso dell'atleta)**MANTOVA TRIATHLON A.S.D.**  
Viale Gorizia, 1 - 46100 MANTOVA  
C.F.: 93076970206 - Tel. 347 9361272  
email: info@mantovatriathlon.it  
pec: amministrazione@pec.mantovatriathlon.it

Firma del Presidente e timbro della Società Sportiva

---

**N.B.**

L'indirizzo PEC è requisito obbligatorio.

La mancata o 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.