

COMITATO REGIONALE CONI CAMPANIA /// REGIONE CAMPANIA

Modello B

* Alla Struttura Pubblica Sanitaria (A.S.L.-A.O.-A.U.P.)
Servizio di Medicina dello Sport

* Al Medico Specialista in Medicina dello Sport

Oggetto: Richiesta Visita Medica per l'idoneità alla pratica
Sportiva Agonistica di cui al D.M. 18/02/1982 e 04/03/93

La Società Sportiva A.S.D. SCUOLA BASKET CITTA' DEI RAGAZZI
Con sede in TELESE TERME (BN) via CORSO TRIESTE n. 15
Affiliata alla F.S.N./D.S.A. FIP BENEVENTO codice n. S046068

CHIEDE

Per il proprio atleta _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____
In via _____ n. _____

una visita di valutazione medico sportiva per l'idoneità alla pratica sportiva agonistica dello
sport _____

Tale atleta rientra per l'età nella fascia agonistica prevista per la disciplina.

☐ PRIMA AFFILIAZIONE ☐ RINNOVO TESSERA N. _____

ASL di appartenenza _____

Data _____

Il Presidente Regionale/Provinciale della FSN/DSA

C.O.N.I.
FEDERAZIONE ITALIANA PALLANESTRO
COMITATO PROVINCIALE
BENEVENTO
(timbro e firma leggibile)

Il Presidente della Società Sportiva

A.S.D. SCUOLA BASKET
CITTA' DEI RAGAZZI
CORSO TRIESTE, 15
82057 TELESE TERME (BN)

* scegliere il destinatario dove si vuole effettuare la visita