

COMITATO REGIONALE CONI CAMPANIA /// REGIONE CAMPANIA

Modello A ..

Alla struttura pubblica A.S.L.

Oggetto: Richiesta Libretto Sanitario per 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. SCUOL BASKET CITA' DEL MAGGIORE
Con sede in TELESE TERME (BN) via CORSO TRIESTE n. 15
Affiliata alla F.S.N./D.S.A. FIP PALLACANESTRO codice n. 5046068

CHIEDE

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

Il rilascio del Libretto Sanitario di cui l'oggetto.

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

☐ PRIMA AFFILIAZIONE ☐ RINNOVO TESSERA N. _____

A.S.L. di appartenenza _____

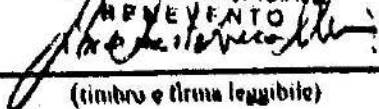
Data _____

Il Presidente Regionale/Provinciale della FSN/DSA

FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO

COMITATO PROVINCIALE

BENEVENTO



(timbro e firma leggibile)

Il Presidente della Società Sportiva



A.S.D. SCUOL BASKET
CITA' DEL MAGGIORE
CORSO TRIESTE, 15
82037 TELESE TERME (BN)