

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

Oggetto: richiesta di visita medica per l'idoneità alla pratica sportiva agonistica di cui al D.M. 18/02/1992.

La società sportiva \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
affiliata alla F.S.N. \_\_\_\_\_ codice \_\_\_\_\_

CHIEDE

per il proprio atleta \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
una visita di valutazione medico sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport.

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

PRIMA AFFILIAZIONE       RINNOVO      TESSERA N. \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Presidente della Società Sportiva

\_\_\_\_\_ timbro e firma leggibile

Si attesta

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

Data \_\_\_\_\_

Il Presidente regionale/Provinciale della F.S.N.

\_\_\_\_\_ timbro e firma leggibile