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

La Società Sportiva

_____

Con sede in _____via _____n. _____

Affiliata alla F.S.N./D.S.A. _____codice n. _____

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 giovanile prevista per la disciplina.

☐ **PRIMA AFFILIAZIONE** ☐ **RINNOVO** **TESSERA N. _____**

A.S.L. di appartenenza _____

Data _____

Il Presidente Regionale/Provinciale della FSN

_____

(timbro e firma leggibile)

Il Presidente della Società Sportiva

_____

(timbro e firma leggibile)