

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

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. _____

una visita di valutazione medico sportiva per l' idoneità alla pratica sportiva 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 Regionale/Provinciale della FSN

Il Presidente della Società Sportiva

(timbro e firma leggibile)

(timbro e firma leggibile)

* scegliere il destinatario dove si vuole effettuare la visita