

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 _____

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 prevista per la disciplina.

PRIMA AFFILIAZIONE RINNOVO TESSERA N. _____

A.S.L. di appartenenza _____

Data _____

Il Presidente Regionale/Provinciale della FSN/DSA

Il Presidente della Società Sportiva

(timbro e firma leggibile)

(timbro e firma leggibile)

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 _____

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 prevista per la disciplina.

PRIMA AFFILIAZIONE RINNOVO TESSERA N. _____

ASL di appartenenza _____

Data _____

Il Presidente Regionale/Provinciale della FSN/DSA

Il Presidente della Società Sportiva

(timbro e firma leggibile)

(timbro e firma leggibile)

* scegliere il destinatario dove si vuole effettuare la visita