

**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 A.S.D. SCUOLA BASKET "CITTA' DEI RAGAZZI"  
Con sede in TELOSE TRIOLE (BN) via CORSO TRIESTE n. 15  
Affiliata alla F.S.N./D.S.A. FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO COS. 046068

**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

**FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO**  
**COMITATO PROVINCIALE**  
**BENEVENTO**  
(timbro e firma leggibile)

Il Presidente della Società Sportiva

**A.S.D. SCUOLA BASKET**  
**CITTA' DEI RAGAZZI**  
**CORSO TRIESTE, 15**  
(timbro e firma leggibile)

\* scegliere il destinatario dove si vuole effettuare la visita