

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 A.S.D. SCUOLA BASKET "CITTA' DEI RAGAZZI"
Con sede in TRIESTE TROVE (BN) via CORSO TRIESTE n. 15
Affiliata alla F.S.N./D.S.A. F.I.P. codice n. 046068
(FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO)

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

C. U. N. I.
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
82037 TRIESTE TROVE (BN)

(timbro e firma leggibile)