

COMITATO REGIONALE CONI CAMPANIA /// REGIONE CAMPANIA

Modello "A"

Alla Struttura Pubblica Sanitaria (A.S.L)

Oggetto: Richiesta Libretto Sanitario per visita medica per l' idoneità alla pratica sportiva agonistica di cui al D.M. 18/02/1992.

La società sportiva _____

con sede in _____ Via _____ n. _____

affiliata alla F.S.N. _____ codice _____

CHIEDE

per il proprio atleta _____

nato a _____ prov. _____ il _____ / _____ / _____

residente in _____ Via _____ n. _____

Il rilascio del Libretto Sanitario di cui all' oggetto .

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 della Società Sportiva

timbro e firma leggibile

Si attesta

Tale atleta rientra per l'età nella fascia agonistica giovanile prevista per la disciplina

Data _____

Il Presidente regionale/Provinciale della F.S.N.

timbro e firma leggibile