

**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 ASD PALLAVOLO TELESE con sede in Telese Terme in via Giulio Cesare al n. 4 CAP 82037, affiliata alla F.S.N./D.S.A. F.I.P.A.V. codice n. 130630047

**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

\_\_\_\_\_

(timbro e firma leggibile)

Il Presidente della Società Sportiva

\_\_\_\_\_

**A.S.D. PALLAVOLO TELESE**  
(timbro e firma leggibile)  
Maddalena Garofano

\* scegliere il destinatario dove si vuole effettuare la visita