



# COMITATO REGIONALE CAMPANIA

Modello "B"

\*Alla struttura pubblica (A.S.L. – A.O. – A.U.P.)

\_\_\_\_\_

\*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 \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ affiliata alla **Federazione Italiana Canoa Kayak**, codice \_\_\_\_\_

### CHIEDE

per il proprio atleta \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_, residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, la visita di valutazione medico sportiva per l' idoneità alla pratica sportiva agonistica per la pratica dello sport della canoa kayak.

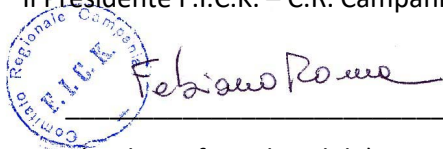
Tale atleta rientra per l'età nella fascia agonistica giovanile prevista per la disciplina.

prima affiliazione       rinnova      tessera n. \_\_\_\_\_

A.S.L. di appartenenza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Presidente F.I.C.K. – C.R. Campania



(timbro e firma leggibile)

Il Presidente della società sportiva

\_\_\_\_\_

(timbro e firma leggibile)

\* scegliere il destinatario presso il quale si vuole effettuare la visita