



# ESQUILINO Basketball asd

Via Ariosto 25 – 00185 ROMA

<http://www.gsesquilino.it>

E-Mail: [segreteria@gsesquilino.it](mailto:segreteria@gsesquilino.it)

Codice FIP: 040057 – C.F.: 97471290581 – cc/postale: 83605741

Spett.le

**C&M STUDI MEDICI**

**Via Casalmonferrato 2C – Pal. D int. 1  
00182 ROMA**

**Citofono: digitare 4001 + campanella**

**Tel.: 06 77250102**

Gentili Signori,

con la presente la scrivente Associazione Sportiva Dilettantistica chiede di sottoporre a visita medico-sportiva, al fine del rilascio del **CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA DELLA PALLACANESTRO**, il sotto indicato atleta, tesserato presso la Federazione Italiana Pallacanestro per il corrente anno sportivo 2020/2021:

(Cognome)

(Nome)

nato a

il

residente in

(Città, Via/Piazza – numero civico)

(CAP)

Recapiti telefonici

A.S.L. di appartenenza

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Roma, \_\_\_\_\_

IL PRESIDENTE

N.B.: Compilare il modulo in ogni sua parte in caratteri stampatello.

Per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore.

Il giorno della visita portare con sé:

1. referto analisi urine
2. tessera sanitaria