



ESQUILINO BASKETBALL ASD

Via Ariosto 25 – 00185 ROMA

<http://www.gsesquilino.it>

E-Mail: segreteria@gsesquilino.it

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

Spett.le

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 2021/2022:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(Cognome)

(Nome)

nato a

il

residente in

(Città, Via/Piazza – numero civico)

(CAP)

Recapiti telefonici

A.S.L. di appartenenza

Codice Fiscale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Roma, _____



IL PRESIDENTE

(Massimo Mattei)

- 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