



Spett.le  
Comitato Regionale FIPAV Puglia  
Via Torre Tresca, 14  
B A R I

**OGGETTO: Richiesta servizio prevenzione, valutazione e riabilitazione infortuni atleti.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Presidente della Società Sportiva \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

E-mail (*obbligatoria*) \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di poter accedere al servizio di cui all'oggetto per gli atleti:

Sig./ra \_\_\_\_\_

Matricola FIPAV \_\_\_\_\_

Sig./ra \_\_\_\_\_

Matricola FIPAV \_\_\_\_\_

Sig./ra \_\_\_\_\_

Matricola FIPAV \_\_\_\_\_

Sig./ra \_\_\_\_\_

Matricola FIPAV \_\_\_\_\_

Relativamente alla presente richiesta, dichiara di aver contattato, direttamente in via preventiva, il medico sotto indicato:

- *Angela Amodio*: appuntamento fissato per il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_

- *Ottaviano Tateo*: appuntamento fissato per il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_

Si allega attestazione di versamento del \_\_\_\_\_ con n° \_\_\_\_\_ di  
€. \_\_\_\_\_

Data, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_