

(SU CARTA INTESTATA
della società sportiva)

**Modulo per richiesta certificato di idoneità
alla pratica sportiva non agonistica**

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto _____ nella sua qualità di legale
rappresentante della Società sportiva _____

affiliata a (*) _____

(*) indicare la Federazione Sportiva Nazionale o l'Ente di Promozione Sportiva riconosciuti dal C.O.N.I.

CHIEDE

che l'atleta _____ nato il _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 8 agosto 2014.

Data

Il Presidente

(firma e timbro della società)