

MODULO PER LA RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITA'

ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto Marco Fontana, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Associazione Dilettantistica Pallavolo C9 Arco Riva, affiliata alla federazione Italiana Pallavolo (F.I.P.A.V.) con codice societario 050220049

CHIEDE

che l'atleta _____ nato/a il _____

sia sottoposto/a al controllo sanitario di cui al D.M. 28 febbraio 1983.

Data _____

Il presidente

Marco Fontana

