



ASSOCIAZIONE DILETTANTISTICA
PALLAVOLO C9 ARCO • RIVA

“ALLEGATO A”

Richiesta visita medica per l'idoneità alla pratica sportiva NON agonistica

Al medico curante dell'atleta dott. _____

Il sottoscritto Massimo Chizzola, 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 al controllo sanitario di cui al D.M. 8 agosto 2014.

Data _____

Il presidente
Massimo Chizzola

Pallavolo C9 ARCO-RIVA - via Donatori di Sangue - 38062 - ARCO (TN) - Email info@pallavoloc9.it

Codice FIPAV 05.022.0049 - Anno Fondazione 1978 - C.F. 93002910227 - P. IVA 00633160221