



MODULO PER RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto LUCA MORO nella sua qualità di legale rappresentante della Società sportiva ASD
APECHERONZA BASKET AVIO affiliata FIP 36917 e CONI 88751

CHIEDE

che l'atleta _____ nato il _____ e residente in Via
_____ sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 8 agosto 2014.

Avio, _____

Il Presidente

APECHERONZA BASKET
Via Regina Elena, 8 — AVIO (TN)
Codice fiscale 04615580221
Partita IVA 01995120229