



Modulo per richiesta certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica

Al Medico curante dell'atleta _____

La sottoscritta ARMANINI TERESA nella sua qualità di legale rappresentante della Società Sportiva - **Associazione Sportiva Dilettantistica Società Atletica Valchiese** affiliata alla Federazione Italiana di Atletica Leggera F.I.D.A.L. TN119 e all' Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto C.S.I.

(*) 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. 08 agosto 2014.

Data _____

Associazione Sportiva Dilettantistica
Società Atletica Valchiese
Piazza XVI Artiglieria, 6 - c.p. 13
38089 DARZO DI STORO (TN)
Cod. fisc. 86005260228
(firma e timbro dell'Ente)
Partita IVA 01771150222

A.S.D. Società Atletica Valchiese
Piazza XVI Artiglieria, 6 - Frazione Darzo - 38089 Storo (TN)
C.F. 86005260228 - P. IVA 01771150222
email: atletica.valchiese@gmail.com | pec: tn119@fidal.telecompost.it
web: www.atleticavalchiese.it | Facebook: [Atletica Valchiese](https://www.facebook.com/AtleticaValchiese) | [S.A. Valchiese](https://www.facebook.com/S.A.Valchiese)