



AUDACE
Associazione sportiva dilettantistica
www.audacecaldonazzo.it

Modulo per richiesta

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto MICHELE CURZEL, nella sua qualità di legale rappresentante della Associazione Sportiva Dilettantistica AUDACE con sede in Caldonazzo (TN) via Pineta, 4 affiliata alla FIGC

CHIEDE

Che l'atleta _____, nato il ___ / ___ / _____

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

Data

il Presidente

A.S.D. AUDACE
Part IVA: 01489740227
CALDONAZZO (TN)
Il Presidente

(firma e timbro della società)

Rev. 0