



UNIONE SPORTIVA SOPRAMONTE A.S.D.

Via di Mura, 22 - 38123 Trento

Partita IVA 01382700225 – Codice Fiscale 80020940229

**MODULO PER RICHIESTA CERTIFICATO D'IDONEITA'
ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA**

Al medico dell'atleta _____

(Cognome nome leggibile)

Il sottoscritto Agostini Davide, nella sua qualità di legale rappresentante della Società sportiva USD Sopramonte con sede in Trento, frazione Sopramonte, via di Mura, 22, affiliata alla F.I.G.C - F.I.P.A.V.

CHIEDE

che il proprio atleta tesserato per il Settore Giovanile, nato a _____ (___),

il _____ e residente in _____ via _____

nr. ____, sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 08/08/2014.

Trento, _____

Il Presidente
Davide Agostini