

SU CARTA INTESTATA DELLA
SOCIETA' RICHIEDENTE
FAC SIMILE

+

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

Al medico dell'atleta
(Cognome nome leggibile)

Il sottoscritto, nella sua qualità di legale
rappresentante della Società sportiva con
sede in, via,
affiliata alla Federazione Italiana Giuoco Calcio – Lega Nazionale Dilettanti

C H I E D E

che il proprio atleta tesserato per il Settore Giovanile e Scolastico
....., nato a,
il e residente in via, nel
Comune di, sia sottoposto al controllo
sanitario di cui al D.M. 23 febbraio 1983.

Luogo e data
.....

Il Presidente