



Unione Sportiva Primiero

Associazione Sportiva Dilettantistica

Dolomiti - Trentino

Modulo per la richiesta certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica

Al medico curante

Il sottoscritto CAMPAGNOLI GRAZIA nella sua qualità di responsabile della sezione Centro Avviamento allo Sport della società US Primiero ASD

CHIEDE

Che l'atleta _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 28 febbraio 1983.

Data

Per il presidente