

Modulo richiesta certificato medico

Richiesta di certificato di idoneità all'attività sportiva **non agonistica** (D.M. 8.08.2014)

ASL Provincia _____

L'associazione Sportiva Dilettantistica SKI TEAM CAVALESE A.S.D.

con sede in via PARADISI, 15 - 38033 Cavalese (TN)

affiliata alla FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE SCI [F.I.S.I.] dal 07/07/2021

con codice FIS 03661

CHIEDE

che l'atleta _____

Codice Fiscale _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via _____ N. _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 18 febbraio 1982.

Cavalese (TN), il _____

(Il Presidente Dott. E. Moncher)