



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

Al medico curante
dell'atleta _____

Il sottoscritto LUNELLI DAVIDE nella sua qualità di legale rappresentante
dell'Associazione sportiva dilettantistica ARTS & GYM affiliata all'Ente di Promozione
Sportiva CSI

CHIEDE

che l'atleta _____ nato/a
il _____

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

Data

Il Presidente

Associazione Sportiva Dilettantistica ARTS & GYM
Via Salerno 12 38121 Gardolo (Tn)
cell. 349/7909087
e-mail artsgymtrento@gmail.com
P.IVA 01653970226 CODICE UNIVOCO MSUXCR1