



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

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto BERNARDI LUCIO nella sua qualità di legale rappresentante della Società sportiva
GS BELVEDERE A.S.D. affiliata alla Federazione Italiana Pallacanestro

CHIEDE

che l'atleta _____ nato/a il _____
sia sottoposto/a al controllo sanitario di cui al D.M. 8 agosto 2014.

Data

Il Presidente



G.S. BELVEDERE A.S.D.
Via S. Marina, 46/2 - 38123 RAVINA (TN)
Tel.: 0461 - 93 11 63
P.IVA 02129020224

Certificato gratuito secondo deliberazione
Provinciale 2661 d. d. 19/11/2004 e lett. PAT
Ass.to SALUTE d.d.17/08/07 prot.340