



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

Al medico curante dell'atleta _____

La sottoscritta **FLAVIA MESCO** nella sua qualità di Presidente della Società Sportiva **ORIENTEERING PINE' A.S.D.** affiliata alla **FEDERAZIONE ITALIANA SPORT ORIENTAMENTO** e al **CENTRO SPORTIVO ITALIANO**

CHIEDE

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

DATA

Il Presidente

Associazione Sportiva Dilettantistica
ORIENTEERING PINÉ
Flavia Mesco
Via del Ferar, 4 - 38042 BASELGA di PINE' (TN)
tel. e fax: 0461.557489 - C.F. e P.I.: 01490440227
web: www.orpine.net - e-mail: info@orpine.net

(Timbro e Firma della società)