



**U.S. 5 STELLE**

**MODULO PER LA RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITA'  
ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA**

*AL MEDICO CURANTE DELL'ATLETA* \_\_\_\_\_

La sottoscritta Isabella Casagrande, nella sua qualità di legale rappresentante della Società Sportiva U.S. 5 STELLE SEREGNANO - A.S.D., affiliata al Centro Sportivo Italiano – Comitato di Trento

**CHIEDE**

che l'atleta Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Il Presidente  
Isabella Casagrande

*Isabella Casagrande*

Civezzano, 01.02.2023

**U.S. 5 STELLE**  
**SEREGNANO A.S.D.**  
Via Murialdo - 38045 CIVEZZANO (TN)  
C.F. 96005250228  
P.IVA 01608020226