



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

Civezzano, 01.09.2023

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

Isabella Casagrande