



U.S.D. VIGOLANA
ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA

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

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto, Lorenzo Rech, nella sua qualità di Presidente dell'Unione Sportiva Dilettantistica VIGOLANA, affiliata alla Federazioni Giuoco Calcio, Pallavolo e Yoseikan Budo e in collaborazione con A.S.D. Pergine Basket (Minibasket)

CHIEDE

che l'atleta _____ nato il _____ a _____ e

residente nel comune di _____, Via _____

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

Altopiano della Vigolana, _____