



## Richiesta certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica

Al medico curante dell'atleta \_\_\_\_\_

Il sottoscritto **FLAVIO BERTI** nella sua qualità di **PRESIDENTE** e legale rappresentante della Associazione Sportiva Dilettantistica **UNIONE SPORTIVA BASSA ANAUNIA**

Affiliata a **F.I.G.C. - F.I.P.A.V.**

**CHIEDE**

che l'atleta \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 28 febbraio 1983.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL PRESIDENTE**  
(Timbro della Società)