

RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA'
ALLA PRATICA SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

L'associazione/società sportiva dilettantistica _____

con sede in _____ via _____

chiede per il proprio socio – atleta _____

nato a _____ il _____

abitante in _____ via _____

**IL CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' PER LA PRATICA DI ATTIVITA'
SPORTIVE DI TIPO NON AGONISTICO AI SENSI DELL'ART. 3 DEL DECRETO DEL
MINISTERO DELLA SALUTE DEL 24 APRILE 2013 (GU n. 169 del 20/7/2013)**

(timbro asd/ssd e firma presidente/legale rappr.)