



**ASD
POLISPORTIVA
E. CURIEL**

**MODULO PER RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITÀ
ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA**

Al medico dell'atleta _____

Il sottoscritto Alessio Magherini nella sua qualità di legale rappresentante della
Associazione Sportiva Dilettantistica E. Curiel Viale Diaz 52/A 50065 Pontassieve (FI)

CHIEDE

che il/la proprio a Atleta _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ N° _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 23 febbraio 1983 per la pratica
dello sport _____

Luogo e data _____

A.S.D. POLISPORTIVA E. CURIEL

Viale Diaz 52/A

50065 PONTASSIEVE (FI)

Part. IVA n. 03456080484