



MODELLO PER RICHIESTA DI CERTIFICATO
DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Rovereto, _____

Il sottoscritto DELLA VALENTINA ROBERTO nella qualità di legale rappresentante della società sportiva A.S.D. PALLAVOLO ROVERETO con sede in Rovereto via S. Pellico, 16 affiliata alla FIPAV riconosciuta dal CONI

CHIEDE

Al medico curante del proprio atleta non agonista _____

nato a _____ il _____ e residente a _____

in via _____

CHE SIA SOTTOPOSTO AL CONTROLLO SANITARIO DI CUI AL D.M. 8 AGOSTO 2014

Per le finalità connesse alla presente richiesta, il consenso al trattamento dei dati degli atleti/esercitanti la patria potestà sui minori è depositato presso la scrivente società.

A.S.D. Pallavolo Rovereto

Il Presidente

Roberto Della Valentina