

**RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA’
ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA**

Al medico curante dell’Atleta: _____

Il sottoscritto Dr. Michele Pizzini, nella qualità di legale rappresentante della Associazione Sportiva Dilettantistica KAIZEN PINE’, con sede in Baselga di Pinè (TN), via Del 26 Maggio nr. 23, affiliata a FIJLKAM e CSI (Centro Sportivo Italiano) ed iscritta al Registro CONI,

CHIEDE

che l’Atleta _____
nato a _____ il _____

venga sottoposto/a al controllo sanitario di cui al D.M. 8 agosto 2014 per la pratica sportiva non agonistica.

Baselga di Pinè, _____

Il Presidente

Michele Pizzini


A.S.D. KAIZEN PINE’
Associazione Sportiva Dilettantistica
Via Del 26 Maggio, 23 - Tel. 3400531046
38042 Baselga di Pinè (TN)
C.F. 96106550229