



Modulo per richiesta certificato di idoneità
alla pratica sportiva AGONISTICA

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto MARCO FRISINGHELLI in qualità di legale rappresentante della
società sportiva A.S.D. PROMOVOLLEY affiliata alla F.I.P.A.V.

CHIEDE

che l'atleta _____ nato il _____ sia
sottoposto al controllo sanitario per attività sportiva AGONISTICA.

Trento, 1 settembre 2020

IL PRESIDENTE
Marco Frisinghelli