



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, 8 agosto 2019

IL PRESIDENTE  
*Marco Frisinghelli*