



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

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto Carlo Zottele, nella sua qualità di legale rappresentante della Società sportiva
Smarano Climbing ASD affiliata alla federazione arrampicata sportiva italiana - FASI con sede in
Trento.

C H I E D E

che il proprio atleta _____ nato il _____,
sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 8 agosto 2014.

Predaia lì, _____

Il Presidente

SMARANO CLIMBING

Associazione Sportiva Dilettantistica

Sede Legale: V.le Merlonga 48 – 38012 PREDALIA Fraz. Smarano, (TN)

P.IVA e cod. fis.: 02183160221 Codice univoco: KRRH6B9

info@smaranoclimbing.it - info@pec.smaranoclimbing.it - www.smaranoclimbing.it