



MODULO RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA
PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Associazione Sportiva Dilettantistica
HOCKEY CLUB VALRENDENA
Via allo Stadio, 21
38086 PINZOLO (TN)
P.IVA: 00612020222
Cod. FIGS: 160
hcvarendena@gmail.com
www.hcvarendena.it

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto Leonardo Moschetti, nella sua qualità di legale rappresentante della Società sportiva ASD Hockey Club Val Rendena affiliata alla F.I.S.G.

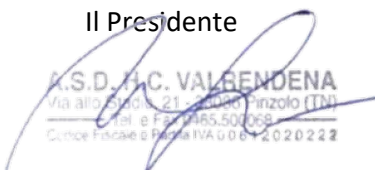
CHIEDE

Che l'atleta _____ nato il _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 8 agosto 2014.

DATA _____

Il Presidente


A.S.D. H.C. VALRENDENA
Via allo Stadio, 21 - 38086 Pinzolo (TN)
Tel. e Fax: 0461.501058
Codice Fiscale e P.IVA: 00612020222