

Modulo per richiesta certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto Israel Vazquez Briones nella sua qualità di legale rappresentante della Società sportiva Misto Erer Sports Specialists, affiliata al CONI e alla Federazione Italiana di Tae Kwon Do. codice FITA T0402004

CHIEDE

Che l'atleta _____ nato il _____

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

Luogo e data

Il Presidente

Israel Vazquez Briones

A.S.D. MISTO ERER Sports Specialists

Via Roma, 5 - 38079 Tione di Trento (TN)

P.IVA 02558180226 e C.F. 95021250220

Tel. 345.2686031

Affiliazione Federazione Italiana TaeKwonDo T0402004



A.S.D. MISTO ERER Sports Specialists

VIA ROMA 5 - 38079 TIONE DI TRENTO (TN) (c/o casa delle associazioni)

TEL +39.345.2686031 - P.IVA 02558180226 e C.F. 95021250220

IBAN: IT 12 J 08024 35510 0000 22000018

Affiliazione Federazione Italiana TaeKwonDo T0402004