

**MODULO PER LA RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO DI
IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

Al medico curante dell'allievo/a _____

Il sottoscritto Avv. Michele Kumar, nella qualità di legale rappresentante della società sportiva AD Virtus Basket Altogarda, regolarmente affiliata alla Federazione Italiana Basket

CHIEDE

che l'allievo/a _____ nato/a il ___ / ___ / _____
a _____ (____) codice fiscale _____

sia sottoposto/a al controllo sanitario previsto del Decreto Ministeriale del 24 aprile 2013 e successive le linee guida del Ministro della Salute (Decreto dell'8 agosto 2014).

Riva del Garda, li ___ / ___ / _____

Michele Kumar
