



**Modulo richiesta certificato di idoneità  
alla pratica sportiva non agonistica**

Al medico curante dell' atleta : \_\_\_\_\_

Il sottoscritto *Nichele Komar* nella qualità di legale rappresentante del  
**A.D. VIRTUS BASKET ALTO GARDA**, affiliato alla

**FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO**  
SETTORE MINIBASKET

chiede

che l'atleta \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 28 febbraio 1983.

data \_\_\_\_\_

*Il Presidente*

\_\_\_\_\_