



**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
