



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

Al medico curante di _____

*Il sottoscritto Giorgio Cadin nella sua qualità di legale rappresentante della
Società Sportiva CSI TRENTO NUOTO SSD ARL affiliata alla Federazione
Italiana Nuoto cod. 261562*

CHIEDE

che l'allievo _____ nato/a il _____

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

Data _____

Il Presidente