

RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER IDONEITÀ NON AGONISTICA

Il sottoscritto **CESARE STABELLINI** in qualità di Legale Rappresentante dell'associazione sportiva dilettantistica **FERRARANUOTO ASD**, affiliata alla FIN con codice 681474, con sede legale in via Mascheraio n°7 - 44121 Ferrara, ai sensi della Delibera della Giunta Regionale n. 775 del 26/04/2004,

CHIEDE

al medico curante, di effettuare una visita di controllo di idoneità alla disciplina del NUOTO e di rilasciare certificazione di idoneità ad attività sportiva non agonistica per il proprio atleta

cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____ / _____ / _____ e residente nel comune

di _____ in via _____ n° _____

Ferrara, lì 02/11/2018



FerraraNuoto ASD
Via Mascheraio, 7
44121 Ferrara
C.F. 93046750381 - P.I. 01954120380