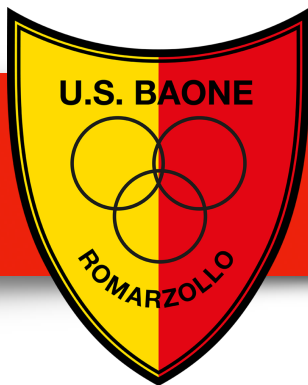




U.S. BAONE

Anno di fondazione 1932 - Anno di fondazione 1973

Modulo per richiesta certificato di idoneità Alla pratica sportiva non agonistica

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto **BONINSEGNA FABRIZIO** nella qualità di legale rappresentante della Società sportiva **U.S. BAONE ASD** con sede in **ARCO - VIA FOSSA 10** affiliata alla Federazione Italiana Gioco Calcio - Lega Nazionale Dilettanti.

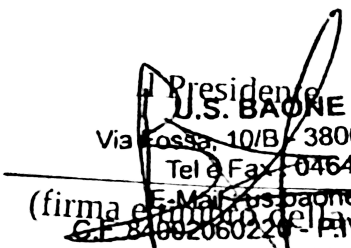
CHIEDE

che l'atleta _____ Nato il ____ / ____ / ____

e residente nel Comune di _____ in via _____

Sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 8 Agosto 2014

Data ____ / ____ / ____


Presidente
U.S. BAONE A.S.D.
Via Fossa, 10/B - 38062 ARCO (TN)
Tel & Fax: 0464 519648
E-Mail: us.baone@libero.it
(firma e timbro della società)
C.F. 84002060220 - P.IVA 01258290228
Cod. SDI: M5UXCR1