



# Ginnastica TRENTO s.s.d.



## Modulo per richiesta certificato di idoneità alla pratica non agonistica

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

Il sottoscritto ANDREATTA RENATO nella sua qualità di Legale Rappresentante della  
Società Sportiva Dilettantistica GINNASTICA TRENTO a r.l.

affiliata a (\*) Federazione Ginnastica d'Italia / Centro Sportivo Italiano

(\*) indicare la Federazione Sportiva Nazionale o l'Ente di Promozione Sportiva riconosciuti dal C.O.N.I.

CHIEDE

Che l'atleta \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 08 agosto 2014

Data \_\_\_\_\_

Il Presidente

*Andreatta Renato*

GINNASTICA TRENTO S.S.D. a R.L.  
Via A. Nicolodi, 54 - 38122 TRENTO  
C.F. e P.IVA 02347850220