



RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA AMATORIALE

La sottoscritta Giulia Primon in qualità di legale rappresentante
dell' Associazione GDM VAL DI CEMBRA con sede a Segonzano
Frazione Scancio 69 CF 02312830223

Chiede che

l'atleta _____

Sia sottoposto al controllo sanitario incluso di elettrocardiogramma
(a riposo) come previsto dal D.M.8/8 2014.

Data

Firma

GDM Val di Cembra
sede legale:
Frazione Scancio, 69 di Segonzano
38047 Segonzano (TN)
Pi e Cf. 02312830223