



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

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

Il sottoscritto **GIORGIO PIFFER** nella sua qualità di

Legale Rappresentante della Società sportiva **U.S.D. AZZURRA di Trento**

affiliata a (\*) F.I.G.C. (Federazione Italiana Giuoco Calcio)

*(\*) 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. 28 febbraio 1983.

Data \_\_\_\_\_

Il Presidente  
Arch.  Giorgio Piffer

**U.S.D. AZZURRA**  
- **San Bartolomeo** -  
**TRENTO**