



Al medico curante dell'atleta _____.

Il sottoscritto Santuari Dimitri in qualità di legale rappresentante dell'Associazione Sportiva Dilettantistica Basket Pergine affiliata alla FIP, codice 016408, e al CONI, cod. 00643100225

CHIEDE

che l'atleta _____, nato il _____,

a _____, residente _____,

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

Pergine Valsugana, _____

Il Presidente dell'Associazione Sportiva
Dilettantistica Basket Pergine
Dimitri Santuari

Vals. (TN)
P.IVA 00643100225
FIP 016408