



**Smile Sports Academy
S.S.D a R.L con Socio Unico
Via Dogana, 1, 38122 Trento
p.iva/cf 02263530228**

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

Al medico curante dell'atleta _____

Il Sottoscritto Renato Fanara _____ nella sua qualità di legale rappresentante della
società sportiva Smile Sports Academy S.S.D. a R.L. a Socio Unico _____
affiliata al N. di Iscrizione al CONI 136644 _____

(* indicare la Federazione Sportiva Nazionale o l'Ente di Promozione Sportiva riconosciuti dal CONI.

CHIEDE

che l'atleta _____ nato/a il _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 8 agosto 2014.

Data

Il Presidente

(firma e timbro della società)

 **SPORTS ACADEMY S.S.D.
A RESPONSABILITA' LIMITATA
con socio unico**
Via Dogana, 1 - 38122 TRENTO
P.I. 02263530228 - Tel: 327/2979152
segreteria.smile@gmail.com