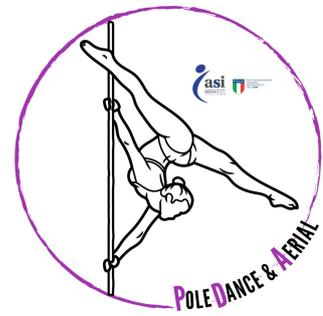




ENTE DI PROMOZIONE
SPORTIVA
RICONOSCIUTO
DAL CONI



ATTESTAZIONE CERTIFICAZIONE MEDICA SPORTIVA PER PARTECIPANTI A COMPETIZIONI

Io sottoscritto/a _____ nato/a a il ___ / ___ / ____ Codice
Fiscale _____, in qualità di presidente della ASD/SSD
----- con sede legale a
----- Prov. () in via/strada/piazza
_____ n. ____ Codice Fiscale/Partita IVA della ASD/SSD
_____.

DICHIARO E CERTIFICO ALL'ORGANIZZAZIONE DELL'EVENTO

Denominazione dell'evento _____ che si svolgerà presso
_____ in data ___ / ___ / ____ che gli atleti di seguito
elencati sono in possesso di adeguata certificazione medico-sportiva in corso di validità il giorno
dell'evento, indicando nome e cognome dell'atleta, codice fiscale e scadenza del loro documento.

NOME	COGNOME	SCAD. CERTIFICATO MEDICO	ENTE	N. TESSERA	SCADENZA TESSERA

Tale documento dovrà essere consegnato, compilato e firmato al check-in il giorno dell'evento.
In caso di un numero maggiore di atleti compilare più moduli.

Luogo e data

Firma del presidente e timbro
della SSD/ASD
