

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella sua qualità di legale  
rappresentante della Società sportiva \_\_\_\_\_

affiliata a (\*) \_\_\_\_\_

(\*) 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. 8 agosto 2014.

Data

\_\_\_\_\_

**CIRCOLO TENNIS CALISIO a.s.d.**  
**Il Presidente**  
38121 TRENTO - MARTIGNANO  
Tel.: 0461.820040 E-mail: ctcalisio@gmail.com  
Codice Fiscale: 96001390226  
P.IVA: 01170550220  
(firma e timbro della società)