

**MODULO PER LA RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA  
NON AGONISTICA**

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

Il sottoscritto Ivan Degasperi, nella sua qualità di legale rappresentante della società sportiva ASD  
Bike Movement - Trentino Erbe affiliata alla Federazione Ciclistica Italiana

CHIEDE

che l'atleta \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 8 agosto 2014.

Data

\_\_\_\_\_

Il presidente **A.S.D. BikeMovement  
Trentino Erbe**  
Via dei Carli 5 Lavis 38015 TN  
P.I.C.F. 12491100224

