



A.S.D. ORTIGARALEFRE



Al medico curante dell' atleta _____

Il sottoscritto FLORIANI YURI in qualità di legale rappresentante della Società Sportiva
A.S.D. ORTIGARALEFRE affiliata alla F.I.G.C. Comitato Provinciale Autonomo di Trento

chiede

che l' atleta _____

nato il _____ a _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 28 FEBBRAIO 1983.

Ospedaletto _____

il Presidente

Floriani Yuri

sede legale: via XX Settembre 27, 38050 Ospedaletto (TN)

sede amministrativa : via V.Emanuele 89, 38055 Grigno (TN) p.iva 02120950221

web www.ortigaralefre.it e-mail assi@pec.ortigaralefre.it info@ortigaralefre.it