



A.S.D. ORTIGARALEFRE



Al medico curante dell' atleta _____

Il sottoscritto LICCIARDIELLO LORIS 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
Loris Licciardiello