

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT NON AGONISTICO

(ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 08/08/2014)

L' ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA ENDAS CERVIA
con sede in Cervia (RA) Viale Roma 3/B Tel./Fax 0544 974476 C.F. 92005470395
regolarmente affiliata per l'anno in corso all'Ente Nazionale di Azione Sociale, ricono-
sciuto dal CONI, codice di affiliazione n. **80241**, nella persona del suo legale rappresen-
tante Sig.ra Guidazzi Gloria,

DICHIARA

che il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

residente in _____

via _____ nr. _____

Comune _____ Prov. _____

pratica in modo sistematico e continuativo, un'attività non agonistica organizzata da
un'Associazione Sportiva affiliata all'Endas e al Coni e **“rientra pertanto nei tre casi
in cui il certificato è necessario, quindi gratuito”** a tal fine

CHIEDE

il rilascio della prevista certificazione di IDONEITA' alla pratica sportiva:

NON AGONISTICA

e il conseguente aggiornamento/rilascio del “Libretto Sanitario dello Sportivo” di cui la
deliberazione della Giunta Regionale n. 775 del 26/04/2004.

Cervia, **01/09/2025**

Timbro e firma
Presidente società

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
ENDAS CERVIA
V.le Roma, 3/B • 48015 CERVIA (RA)
Codice Fiscale: 92005470395
Partita IVA: 02050510391
