



Cavareno lì, 15 Settembre 2026

OGGETTO: RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA

Al medico curante dell'atleta _____ il
sottoscritto BRUNO GABARDI, nella sua qualità di presidente e legale rappresentante della A.S.D.
CENTRO TENNIS ALTA VAL DI NON affiliata alla federazione italiana TENNIS con sede in Cavareno
(TN) in Via Roen, 24.

CHIEDE

che il proprio atleta

NOME : _____ COGNOME : _____

NATO A : _____ IL : _____

RESIDENTE IN : _____ Via _____ n. _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 18 febbraio 1982 e succ. modificazioni.

(IL PRESIDENTE BRUNO GABARDI)

CENTRO TENNIS ALTA VAL DI NON

Via Roen n° 24 - 38011 Cavareno (TN)
tennisaltavaldinon@gmail.com - P. I.V.A. e Cod. Fisc. : 01 401 450 224



Cavareno, 15 Settembre 2026

OGGETTO: RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Al medico curante dell'allievo e/o socio _____
il sottoscritto BRUNO GABARDI, nella sua qualità di presidente e legale rappresentante della A.S.D. CENTRO TENNIS ALTA VAL DI NON affiliata alla federazione italiana TENNIS con sede in Cavareno (TN) in Via Roen, 24.

CHIEDE

che il proprio allievo e/o socio

NOME : _____ COGNOME : _____

NATO A : _____ IL : _____

RESIDENTE IN : _____ Via _____ n. _____

di consegnare alla scrivente il Certificato di Idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico.

(IL PRESIDENTE BRUNO GABARDI)

CENTRO TENNIS ALTA VAL DI NON

Via Roen n° 24 - 38011 Cavareno (TN)
tennisaltavaldinon@gmail.com - P. I.V.A. e Cod. Fisc. : 01 401 450 224