

LOGO SOCIETA
SPORTIVA

OGGETTO: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICATO MEDICO AGONISTICO

Con la presente si dichiara che i certificati medici agonistici, **IN ORIGINALE**, sono depositati presso la sede della società sportiva dilettantistica : **NOME – INDIRIZZO**

Di seguito si riportano i nominativi e le date di scadenza dei certificati medici agonistici e si allegano i certificati stessi.

ATLETA 1: COGNOME NOME – DATA DI SCADENZA

ATLETA 2: COGNOME NOME – DATA DI SCADENZA

ATLETA N: COGNOME NOME – DATA DI SCADENZA

luogo, data

Il Presidente
nome conome
firma
timbro

Allegati tutti i certificati medici