



OGGETTO: CERTIFICAZIONE MEDICA PER ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Con la presente, la scrivente associazione sportiva dilettantistica richiede che il/la tesserato/a

NOME _____

COGNOME _____

NATO A _____

Sia sottoposto/sottoposta al controllo sanitario di cui al D.M. 28/02/1983, vista la partecipazione del
suddetto/a attività _____ organizzata a _____

La suddetta certificazione è richiesta in quanto l'attività organizzata la prevede espressamente.

Il sottoscritto, legale rappresentante della associazione sportiva dilettantistica, dichiara, sotto la propria responsabilità che AD/ACTION a.s.d è affiliata per la stagione sportiva corrente al Ente nazionale con finalità assistenziali riconosciuto dal Ministero degli interni con decreto n. 10.13014/12000 A-62 del ottobre 1975 e ammesso al beneficio dell' art. 20 del D.P.R. 26-11-62 N. 640 con decreto N. 10.671/120000 A-62 Ente Promozione Sociale riconoscimento n. 38 (Legge 7 dicembre 2000 n. 383) del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali . Ed è iscritta Al registro nazionale delle Associazioni del CONI, iscrizione n. 105988 del 07/09/2017

Luogo _____ data _____

IL PRESIDENTE ALDRIGHETTI DANIELE

AD/ACTION ASD
Via Trento,10 - 38010 Zambana (TN) - Cell.347.4854.107
www.adaction.biz - info@adaction.biz
IBAN: IT 72 1 08120 35830 000001237805
Codice BIC: CCRIT2T30A - P. IVA e C.F. 02326510225