Molinella, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Dottor / Alla Dott..ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Oggetto: RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO DI BUONA SALUTE

Con la presente si dichiara che il giovane\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_

## è iscritto

alla società UNIONE SPORTIVA RENO MOLINELLA

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale del CONI

pertanto si richiede

il rilascio del certificato medico di buona salute per attività di CALCIO non agonistico

