

**RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA'
ALLA PRATICA SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**

L'Associazione/Società sportiva dilettantistica NORDIC WALKING TERME EUGANEE,

con sede in ABANO TERME, via PODRECCA nr. 45, chiede

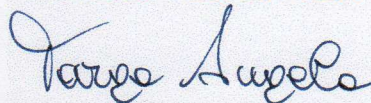
per il proprio Socio - atleta _____

nato a _____ **il** _____

abitante in _____ **Via/Piazza** _____ **nr** _____

**IL CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' PER LA PRATICA DI ATTIVITA'
SPORTIVE DI TIPO NON AGONISTICO AI SENSI DELL'ART. 3 DEL DECRETO DEL
MINISTERO DELLA SALUTE DEL 24 APRILE 2013 (GU n. 169 del 20/7/2013)**

NORDIC WALKING TERME EUGANEE A.S.D.
Via Podrecca, 45 - 35031 ABANO T. (PD)
Info.: 339.7968567 - 345.0800864
www.nwte.it
Cod. Fiscale: 92250970289



(timbro asd/ssd e firma presidente/legale rappr.)