

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ RESIDENTE

A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

DI PARTECIPARE AL CORSO DI ATTIVITÀ MOTORIA PER ANZIANI, PER  
L'ANNO 2015/2016, ORGANIZZATO DA CODESTA AMMINISTRAZIONE  
COMUNALE ,

**A L L E G A**

- CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' FISICA;

CASTEL DI LAMA, LÌ \_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_

