

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Il dott.

CERTIFICA CHE

Il Sig ra/ il Sig.....

Nata/o a..... provincia.....il.....

residente a.....

sulla base della visita medica da me effettuata:

- valori di pressione arteriosa rilevati;
- referto del tracciato ECG eseguito in data.....

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data

Timbro

Firma del medico certificatore