

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI  
ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**

Sig.ra/Sig.....

Nata/o a.....

Residente a.....il.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data....., non presenta controindicazioni Ip''n atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio.

Luogo.....data.....firma del medico certificatore.....

Fac-simile. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 18.10.2014



Scansionato con CamScanner