

**CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA
NON AGONISTICA**

Si certifica che

Il/La Sig./Sig.ra..... mio/mia assistita
nato/a a.....il.....
residente apr.....
piazza/via.....

sulla base della visita medica da me eseguita, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG effettuato in data.....non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio

.....data.....

firma e timbro del medico