

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

Sig.ra / Sig. \_\_\_\_\_

Nata / o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché dal 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 e data)*

\_\_\_\_\_  
*(timbro e firma del medico certificatore)*