

CERTIFICATO

DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO

NON AGONISTICO

Sig.ra/Sig.....

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

Residente a.....Via.....n.....

Il soggetto,sulla base della visita medica e dell'anamnesi da me effettuata,
dei valori di pressione arteriosa rilevati, e dall' ECG eseguito in data.....
non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attivita' sportiva NON AGONISTICA.

Il presente certificato ha validità numero..... mesi dalla data del rilascio.

Data e luogo.....il Medico Certificatore