

STUDIO MEDICO

Dott.

CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

L'atleta suddetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG da me eseguito in data _____ non presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale, pertanto scadrà il _____

Data

Timbro e firma del medico