

Intestazione del Centro Sportivo o del Medico

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ
ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA**
(D.M. 24.04.2013)

Sig.ra / Sig.....

Nata/o ail

residente a.....

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 in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

.....

IL MEDICO

Timbro e firma