

IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Regione _____

A. U.L.S.S. _____

CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____

codice fiscale: _____

n. iscrizione al S.S.N. _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data, _____

Il Medico

(timbro e firma)

Certificazione rilasciata ai sensi del Decreto Ministeriale della Sanità del 2983 (G.U. n. 72 del 15 marzo 1983).