Certificato d’idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Sig.ra/sig………………………………………………………………………………………………………..

Nato/a…………………………………………………………il………………………………………………….

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 controindicazione in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo ,data timbro e firma del medico certificatore.