

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA'
SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**

Il/La Sig./Sig.ra

nato/a a(.....)

ile residente a(.....)

in

Sulla base della visita medica da me effettuata risulta, allo stato attuale, in buona salute, senza controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Validità del Certificato: anni uno dalla data di rilascio.

Data.....

IL MEDICO

.....

(Timbro e firma)