

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA
DI TIPO NON AGONISTICO**

Sig.ra/Sig. _____

Nata/o 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 controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data

_____, ___/___/_____

Il Medico Certificatore

(Timbro e Firma)