

**CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE
IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA**

Regione _____

A.S.L. _____

CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

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.

Il Medico

(timbro e firma)

Certificazione rilasciata ai sensi del D.M. della Sanità del 2983

(G.U. n. 72 del 15/03/1983).