

**CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA  
NON AGONISTICA**

Si certifica che

il/la Sig./Sig.ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

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.

Arona, data

Dott.