

FAC-SIMILE 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 e data

.....

Timbro e firma (*)

QUALI SONO I MEDICI CERTIFICATORI ?

- il medico di medicina generale per i propri assistiti;
- il pediatra di libera scelta per i propri assistiti;
- il medico specialista in medicina dello sport ovvero i medici della Federazione medico-sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano.

(*) **TIMBRO E FIRMA** devono specificare chiaramente il nome e cognome del medico certificatore, la qualifica e la struttura sanitaria di appartenenza.