

STUDIO MEDICO

Dott.

**CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_

L'atleta suddetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG da me eseguito in data \_\_\_\_\_ non presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.