

FACS SIMILE

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

(D.M. 08/08/2014)

Sig.ra / Sig. _____

Nata/o a _____ (____) il ____/____/____

C.F. _____ residente a _____ (____)

in _____

Il soggetto, sulla base dei dati anamnestici da me raccolti e dalla visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto dell'E.C.G. eseguito in data ____/____/____, non presenta controindicazioni in atto allo svolgimento di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data

Firma e timbro del medico certificatore