

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

Certifico che il sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_) il  
gg/mm/aaaa, C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_) 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 gg/mm/aaaa, non presenta controindicazioni in atto allo svolgimento di  
attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data,

Firma e timbro del medico certificatore