

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ
SPORTIVA NON AGONISTICA**

Certifico che

Cognome Nome

nato/a a il

residente a

*sulla base della visita medica da me effettuata e dei dati
anamnestici raccolti, non presenta sintomi e/o segni
riferibili ad alcuna patologia in atto.*

*Il soggetto risulta idoneo a svolgere attività sportiva non
agonistica.*

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

(luogo e data del rilascio)

In fede

(Timbro e Firma)
