

***Certificato di Idoneità***  
**alla Pratica di Attività Sportiva di tipo non Agonistico**  
**D.M. 18/02/1982 - ART. 4 L.R. 35 DEL 09/07/2005 D.M. 08/08/2014**

DATI DEL SOGGETTO

(COGNOME E NOME) \_\_\_\_\_

(CODICE FISCALE) \_\_\_\_\_

(RESIDENZA) \_\_\_\_\_

**CERTIFICO CHE**

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 di rilascio.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(LUOGO) (DATA)

Timbro e Firma del Medico certificatore