

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

Sig.ra/Sig.....

Nata/o a.....il.....

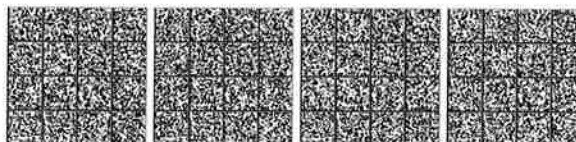
residente a.....

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 del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore.

14A08029



MEDICAL CERTIFICATE COMPETITIVE SPORT ACTIVITY

PLEASE, USE BLOCK LETTERS ONLY

The undersigned _____ (licensed physician)

on the basis of the medical test done on _____ (dd/mm/yyyy)

Diagnostic test as by the Italian law to be able to practice competitive sports activities
(Ministerial Decree 18/02/1982)

Certify that

Name _____ Surname _____

Born _____ in _____

Resident in _____ in _____

Can practice competitive Athletics sport activity

This certificate will expire on _____

Date _____

The Doctor (stamp and signature) _____