

**CERTIFICATO**

DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO

**NON AGONISTICO**  
**(D.M. 24/04/2013)**

Sig.ra/Sig.....

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

Residente a.....Via.....n.....

Il soggetto,sulla base della visita medica e dell'anamnesi da me effettuata,  
dei valori di pressione arteriosa rilevati, e dall' ECG eseguito in data.....  
non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attivita' sportiva NON AGONISTICA.

Il presente certificato ha validità numero..... mesi dalla data del rilascio.

Data e luogo.....il Medico Certificatore