

Dottor/Dottoressa .....

Indirizzo .....

Telefono .....

Allegato 2 al Decreto 8 agosto 2014  
GU Serie Generale n. 243 del 18-10-2014

**Certificato di idoneità alla pratica di  
attività sportiva di tipo NON AGONISTICO**

Sig.ra/Sig. ....

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

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 e data

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_