

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI  
ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**

(Allegato 2 al Decreto 8 agosto 2014 G.U. Serie Generale n. 243 del 18 – 10-2014)

Rilasciato al 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.*

*Si rilascia il presente certificato per gli usi consentiti dalla legge.*

***Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.***

Luogo e data

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_