

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

D.M. n.169 del 13/04/2013

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

**NATO 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.*

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_

IL MEDICO  
(Timbro e firma)