

**CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**  
(conforme a quanto disposto dai Decreti Ministero della Sanità  
del 24/04/2013 e del 08/08/2014 e successive integrazioni e modificazioni)

Regione Lombardia

Cognome ..... Nome .....

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

Residente a ..... In via.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori della pressione arteriosa rilevati, nonché dal 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

.....