

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che la Sig.ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

gravida alla \_\_\_\_\_ settimana, (U.M. \_\_\_\_\_ D.P.P. \_\_\_\_\_ )

non presenta controindicazioni a svolgere attività motoria consona allo stato.

In fede

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)