

Data _____

Certifico che il/la Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

N. di iscrizione al SSN _____

ASL _____ Prov. _____ Regione _____

sulla base della visita da me effettuata, risulta in buono stato di salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

In fede

(Timbro e Firma)