

REGIONE _____ A.S.L. _____

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome _____
Nome _____
nato a _____
il _____
residente a _____

N. iscrizione al S.S.N _____

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

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

_____ Il _____

<p>Il Medico</p> <hr/> <p>(Timbro e firma LEGGIBILE)</p>
