

REGIONE U.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

Il medico

(timbro e firma)