

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

Il medico
(timbro e firma LEGGIBILE)