

Allegato 1

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)