

Dr. ....  
.....  
.....

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA  
DI ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA  
(DM 8.8.2014)**

**SI CERTIFICA CHE**

il/la sig./ra .....  
nato a ..... il .....  
e residente a ..... in via ..... n° .... ,  
in riferimento alla visita medica da me effettuata, dei valori di pressione  
arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in  
data....., risulta in stato di buona salute e non presenta  
controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data.....

Firma.....

Timbro