

## 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 o pregresse obiettivamente tali da controindicare la pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Il \_\_\_\_\_

Timbro

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico