

CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

Cognome Nome

Nato/a a il

Codice Fiscale

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.

Medico compilatore del certificato :

Cognome Nome Tel.

.....
(luogo e data di rilascio)

.....
(timbro e firma del Medico)

