

Cognome ..... Nome .....

Nato/a a ..... il.....

Residente a .....

Via.....

N. di iscrizione al SSN.....

Sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e può praticare attività sportiva non agonistica.

Firma e timbro del Medico

Data.....

---

**Idoneità all'attività sportiva non agonistica**