

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