

ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA - B

....., / /

Cognome nome

nato/a a

residente a

n° di iscrizione al S.S.N.

Regione USL

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente Certificato ha validità annuale dalla data del rilascio

In fede

.....