

Cognome e nome

nato a il

residente a

n. iscrizione al S.S.N. (Cod. Fisc.).....

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. Egli, allo stato attuale, non risulta affetto da malattie mentali o da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, la capacità di intendere e di volere.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

....., lì

(Timbro e firma)