

CERTIFICATO DI BUONA SALUTE
D.M. 28-2-83

COGNOME:

NOME:

nato a:

in data:

residente a:

indirizzo:

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 protocollo di visita seguito comprende gli accertamenti di seguito riportati, la cui documentazione clinica viene da me archiviata e resterà a disposizione dell'atleta per 3 anni:

- Visita clinica generale con scheda anamnestica
- Test di acuità visiva
- Elettrocardiogramma basale
- Esame delle urine (facoltativo)

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio, salvo la comparsa di eventi morbosi e/o traumatici che facciano venire a mancare la suddetta idoneità.

Data di rilascio:

Il Medico, *(Timbro e Firma)*
