

Regione ASL

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome Nome

Nato a il

Residente a

N. iscrizione al SSN

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 presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data,

IL MEDICO

.....
(timbro e firma)