

ALLEGATO N° 2

CERTIFICATO PER ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

RegioneU.S.L.....

Certificato di idoneità
all'attività Sportiva Agonistica
(Art. 5 - D.M. 18.2.82)

Certificato N°.....

Cognome

Nome.....

Nato a

il.....

Residenza e/o domicilio

Documento d'identità.....

Sport per cui è richiesta la visita

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni

in atto alla pratica dello sport

Il presente certificato ha validità di

e scadrà il

Data

IL MEDICO

.....
TIMBRO CON CODICE IDENTIFICATIVO E FIRMA