

\_\_\_\_\_, li' \_\_\_\_\_

### CERTIFICATO

**Il/La Sig/Sig.ra** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

con codice fiscale \_\_\_\_\_

sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data  non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità  dalla data del rilascio.

**Dr.** \_\_\_\_\_