

REGIONE U.S.L.

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome Nome

nato a il

residente a

n. iscrizione al S.S.N.

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché dal referto del tracciato ECG eseguito in data..... 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.

..... Il

Il medico
(timbro e firma)

(Certificato Medico di Buona Salute conforme al d.m. 28/02/1983 da consegnare alla società sportiva in originale come previsto dal Regolamento Sanitario art. 11 della Federazione Italiana Pallacanestro recante disposizioni in materia di "idoneità alla pratica sportiva non agonistica")

(Tale Certificato ha valore ai fini assicurativi se redatto in ogni sua parte e validato dal timbro e dalla firma del medico curante dell'iscritto solo fino al compimento dell'undicesimo anno d'età)