

Regione

Ulss

CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

Cognome

Nome

Nato/a 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,

FIRMA DEL MEDICO

(timbro e firma)