



Certificato di idoneità alla pratica di
Attività Sportiva di tipo non agonistico

Sig.ra/Sig

Nato/a il a

Residente a

Il soggetto 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 annuale dalla data del rilascio

Bari

Dott A.R.Mascolo
Spec.Cardialogia e Medicina dello Sport
Medico certificatore Regione Puglia