

Modulo 5

Oggetto: “Certificato di Stato di Buona Salute idoneità alla pratica sportiva non agonistica.  
(da farsi rilasciare dal proprio medico di base nel caso di atleta non tesserato con  
alcuna società sportiva aderente al Coni).

ASL di appartenenza: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Residente: \_\_\_\_\_

n. iscrizione al S.S.N.: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Il medico  
( timbro e firma)