



# Regione Lombardia

## TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE

A.S.L.  
BRESCIA

### CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA (Art. 5 - D.M. 18/2/82)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Residenza e/o domicilio \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_

Sport per cui è stata richiesta la visita \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni  
in atto alla pratica agonistica dello sport \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il presente certificato ha validità di \_\_\_\_\_

e scadrà il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive:  no  si (barrare la voce che interessa)

Gruppo sanguigno (A-B-O) \_\_\_\_\_ Fattore Rh \_\_\_\_\_  
(per gli sport in cui è richiesto)

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il medico

\_\_\_\_\_

timbro e firma leggibile

ASL 302/ 0843403