



spazio riservato al timbro
a secco della struttura

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