

ALLEGATO 2

REGIONE

.....

Servizio di medicina dello sport

.....

**CERTIFICATO DI IDONEITA'
ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA**

(Art.5..... D.M. 4/3/93.)

Cognome e nome

Nato a il

Residenza e/o domicilio

Documento di 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
.....adattato ad atleti disabili.

Il presente certificato ha validità di:

() un anno () sei mesi ()

e scadrà il

Data

Il medico sportivo

.....