

Allegato 3

REGIONE U.S.S.L.

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ
SPORTIVA AGONISTICA**

Cognome Nome
nato a il
residente 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
Il medico

Allegato 4

REGIONE U.S.S.L.

**CERTIFICATO DI NON IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ
SPORTIVA AGONISTICA**

Cognome Nome
nato a il
residente e/o domicilio
documento d'identità
Sport per cui è stata richiesta la visita

.....
L'atleta di cui sopra viene dichiarato non idoneo all'attività sportiva per.....

Il medico