

**CERTIFICATO D'IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA
DI PARTICOLARE IMPEGNO CARDIOVASCOLARE
(Art. 4 del D.M. 164/24.04.2013)**

Sig.ra/Sig _____

Nata/o a _____ il _____,

residente a _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Timbro e firma del medico certificatore _____

Luogo e data _____