

Esempio:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

Certificato di Idoneità all'attività Sportiva Agonistica (Art. 5 - D.M. 18.2.82)

XX/XX/XXXX/Aut Com. XXXXXX n. XXXX

Cognome XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nome XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nato a XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

il XXXXXXXXX

Residenza e/o domicilio

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Via XXXXXXXXXXXXXXXX N.

Documento d'identità

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX N. XXXXXXXXXXXXXXXX

Sport per cui è stata richiesta la visita XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

Il presente certificato ha validità di XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

e scadrà il XXXXXXXXXX

Luogo e data XXXXXXXXXX XX/XX/XXXX

Timbro del Dottore