



CENTRO SPORTIVO EDUCATIVO NAZIONALE

ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTO DAL C.O.N.I.
[D.Lgs. n. 242 del 23-07-1999 (Delibera C.N. C.O.N.I. n. 1224 del 15-05-2002)]
ENTE NAZIONALE CON FINALITÀ ASSISTENZIALI RICONOSCIUTE DAL MINISTERO DELL'INTERNO
(D.M. 559/C. 3206.12000.A (101) del 29 febbraio 1992)
ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE - Iscriz. n. 77. Reg. Naz. Min. del Lav. e Politiche Soc. (L. 07-12-2000, n. 383)

RICHIESTA DI CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO (D.M. 18/2/1982 - D.M. 24/4/2013 [All. 2] - D.L. 21/6/2013, n. 69, art. 42-bis, c. 2 - L. 9/8/2013, n. 98 - s.m. D.L. 8/8/2014, Linee Guida)

L'Associazione Sportiva Dilettantistica
con sede in all'indirizzo
affiliata dal al "CENTRO SPORTIVO EDUCATIVO NAZIONALE", Ente di Promozione Sportiva
Nazionale riconosciuto dal CONI, **CHIEDE** per il proprio atleta
nato a il e residente a
all'indirizzo
Tessera Sanitaria n. **il certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di
tipo non agonistico.**

Luogo e Data,

.....
Firma del Presidente e timbro dell'Associazione

N.B. Medico certificatore:

- Medico di Medicina Generale dell'atleta; - Pediatra di libera scelta dell'atleta; - Medico specialista in
Medicina dello Sport; - Medico della FMSI riconosciuta dal CONI.

✂-----✂

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO (D.M. 18/2/1982 - D.M. 24/4/2013 [All. 2] - D.L. 21/6/2013, n. 69, art. 42-bis, c. 2 - L. 9/8/2013, n. 98 - s.m. D.L. 8/8/2014, Linee Guida)

Cognome Nome.....
Nato a il e residente a
all'indirizzo
Tessera sanitaria N.

**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 sportive non agonistiche.**

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e Data di rilascio,

.....
Firma e timbro del Medico