

Certifico che la/il sig.ra/sig.....

nata/o a(.....) il

residente a

n. iscrizione al S.S.N.

sulla base della visita medica effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazione in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Ella/egli, allo stato attuale, non risulta affetta/o da malattie mentali o da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, la capacità di intendere e di volere.

Data

In fede

.....