



FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO

SETTORE UFFICIALI DI GARA

Medico:

CERTIFICATO SANITARIO

SEZIONE 1 - DATI ANAGRAFICI

Cognome		Nome	
---------	--	------	--

Luogo di nascita	
------------------	--

Data di nascita				Sesso	
-----------------	--	--	--	-------	--

SEZIONE 2 - RISCONTRO

Pressione arteriosa		
	minima	massima

DICHIARAZIONE

Il Soggetto sopra indicato, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in buono stato di salute e non presenta controindicazioni in atto o pregresse obiettivamente tali da controindicare la pratica sportiva non agonistica, compreso il corretto uso degli arti superiori e inferiori.
La presente attestazione ha validità di mesi _____ dalla data di rilascio.

Luogo e data _____

Firma e timbro del Medico
