



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
