



Regione Lombardia
TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE

CERTIFICATO DI IDONEITÀ
ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA
(Art. 5 - D.M. 18/2/82)

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

il _____

Residenza e/o domicilio _____

Documento d'identità _____

Sport per cui è stata richiesta la visita _____

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

Il presente certificato ha validità di _____

e scadrà il _____

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive: ☐ NO ☐ SI (barrare la voce che interessa)

Gruppo sanguigno (A-B-O) _____ Fattore Rh _____
(per gli sport in cui è richiesto)

Data _____

IL MEDICO

timbro e firma leggibile

N. 110201 /325