

REGIONE

ASL N......

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE
(D.M. 28.10.83 E SUCCESSIVE MODIFICHE)

Cognome Nome

Nato a il

Residente a via

N. Iscr. al S.S.N.

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività non agonistica ai sensi dell'art. 2 del D.M. 28.10.83 e successive modifiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Salerno, li

IL MEDICO
timbro e firma