



Motoclub CASTEL SAN PIETRO  
Associazione Sportiva Dilettantistica  
Via Tanari, 6000  
Tel. 051 944182



Federazione  
Motociclistica  
Italiana

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI  
ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**

Sig.ra/Sig. ....

Nata/o a ..... il .....

Residente a .....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data .....

Timbro e firma del medico certificatore.

.....