

REGIONE DI APPARTENENZA

Servizio di medicina dello sport
(inserire i dati dello studio medico
dove viene effettuata la visita)

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ
ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA**

(D.M. Ministero Sanità 04-03-1993)

Determinazione dei protocolli per la concessione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica alle persone handicappate

Cognome e nome

Nato a il

Residenza e/o domicilio

Documento di identità

Sport per cui è stata richiesta la visita **TRIATHLON ADATTATO AD ATLETI DISABILI**

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

TRIATHLON ADATTATO AD ATLETI DISABILI

Il presente certificato ha validità di:

() un anno () sei mesi ()

e scadrà il

Data

Il Medico
Specialista in Medicina dello Sport
(Firma e Timbro)
(indicare le autorizzazioni)