

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA  
DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**  
per svolgere attività di ARBITRO DI PALLAVOLO

Sig.ra/Sig \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Il soggetto, sulla base della visita medica e dell'anamnesi da me effettuata, nonché dei valori di pressione arteriosa rilevati e del referto dell'E.C.G. 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.

Eventuali Note Aggiuntive \_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Il Medico Certificatore

Dott. \_\_\_\_\_

(timbro e firma)

-----  
Si certifica inoltre che i valori da me rilevati all'atto della visita sono i seguenti:

Pressione Arteriosa: mm Hg \_\_\_\_\_

Altezza: cm \_\_\_\_\_ Peso: Kg \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

Circonferenza \_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Il Medico Certificatore

Dott. \_\_\_\_\_

(timbro e firma)