

**Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva
NON AGONISTICA DEL CICLISMO**

Sig.ra/Sig.

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

Residente a

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dai 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 del ciclismo.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

.....