



**Regione Lombardia**  
**TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE**

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ  
ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA**  
(Art. 5 - D.M. 18/2/82)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Residenza e/o domicilio \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_

Sport per cui è stata richiesta la visita \_\_\_\_\_

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

Il presente certificato ha validità di \_\_\_\_\_

e scadrà il \_\_\_\_\_

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive:

☐ NO

☐ SI

(barrare la voce che interessa)

Gruppo sanguigno (A-B-O) \_\_\_\_\_

Fattore Rh \_\_\_\_\_

(per gli sport in cui è richiesto)

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_

timbro e firma leggibile

**N. 110201 /325**