

# CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Cognome **Paparella** ..... nome **Giovanni** .....

Nat | 0 | il | 0 | 6 | 0 | 3 | 1 | 9 | 6 | 2 | **Torino** ..... pr. **T O** |

Residenza e/o domicilio **Via Po 10** ..... **Settimo Torinese** ..... pr. **T O** |

Documento di identità **Ci CA73258CX** ..... Cod. fisc. **P P R G N N 6 2 C 0 6 4 2 1 9 K** |

Sport per cui è stata richiesta la visita **Atletica Leggera** .....

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti

**NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO**

Alla pratica agonistica dello sport..... **Atletica Leggera** .....

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive si  no  x

Il presente certificato ha validità di ..... **anni 1 (uno)** ..... e scadrà il | 0 | 7 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 5 |

Data | 0 | 8 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 4 | |

il Medico

**dott. GIULIANO GIOVANNI**  
10605

(timbro e firma)