



Il Comune di Beinasco organizza i **Centri Estivi Comunali edizione 2019**

Il mio assistito

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in base all'anamnesi, alla visita da me effettuata, compresi i valori pressori, oltre l'ECG effettuato in data \_\_\_\_\_ non presenta controindicazioni in atto né alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità esclusivamente per le attività svolte in regime d'iniziativa dell'Amministrazione comunale di Beinasco per le attività dei Centri Estivi comunali.

**Validità: un anno**

Data del rilascio \_\_\_\_\_

Timbro del Medico di Medicina Generale

Firma del Medico di Medicina Generale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Riferimento normativo: DM 8 agosto 2014 (GU n.243 del 18 ottobre 2014) e DM 28 febbraio 2018