

TIMBRO DEL MEDICO (Cognome, nome indirizzo)

**ALLA FISA FEDERAZIONE ITALIANA SALVAMENTO
ACQUATICO**

_____ li _____

**CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA'
ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA DI
ASSISTENTE BAGNANTI
(Piscina – Piscina, Mare e Laghi)**

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ via _____ n _____

Sulla base della visita medica da me effettuata, dei dati anamnestici da me raccolti, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____, risulta in buono stato di salute con adeguata funzionalità dei quattro arti, possiede un visus di almeno 8/10 per occhio (anche se con correzione di lenti) e non ha evidenti deficit uditivi. Pertanto NON presenta controindicazioni in atto per l'attività di Assistente Bagnanti e si certifica l'idoneità psicofisica per lo svolgimento di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

In fede

Timbro e firma del medico
