

Certificato di idoneità alla pratica di attività ludico-motoria (D.M. 24 aprile 2013)

Si certifica che

la Sig.^{ra} / il Sig.

nata/o a il

residente a.....

in Classe di ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIA (art 2 e all. A del D.M. 24/0/2013):

A (UOMINI < 55 ANNI / DONNE < 65 ANNI SENZA EVIDENTI PATOLOGIE E FATTORI DI RISCHIO EMERGENTI ALLA VISITA O RIFERITI IN ANAMNESI)

B (SOGGETTI CON ANAMNESI NOTA PER ALMENO DUE DELLE SEGUENTI CONDIZIONI: IPERTENSIONE ARTERIOSA; ELEVATA PRESSIONE ARTERIOSA DIFFERENZIALE NELL'ANZIANO; ETÀ >55 ANNI (UOMINI) > 65 ANNI (DONNE); FUMO; IPERCOLESTEROLEMIA, IPERTRIGLICERIDEMIA; ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO O RIDOTTA TOLLERANZA AI CARBOIDRATI; DIABETE DI TIPO II COMPENSATO, OBESITÀ ADDOMINALE; FAMILIARITÀ PER PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI; FATTORI DI RISCHIO RITENUTI RILEVANTI DAL MEDICO CERTIFICATORE)

C (SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE CONCLAMATE DIAGNOSTICATE (ES. CARDIOLOGICHE, PNEUMOLOGICHE, NEUROLOGICHE, ONCOLOGICHE IN ATTO, DIABETOLOGICHE DI TIPO I O DI TIPO II SCOMPENSATE)

sulla base della visita medica da me effettuata, e dei seguenti esami diagnostici presentati:

Esame _____ **Eseguito il** _____

Esame _____ **Eseguito il** _____

Esame _____ **Eseguito il** _____

non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività ludico-motoria.

Il presente certificato ha validità per * dalla data del rilascio, salvo

variazioni delle condizioni cliniche.

(* durata validità: massimo 2 anni)

.....li,