



CERTIFICATO PER ARBITRI IMPIEGATI NEI CAMPIONATI TERRITORIALI

SEZIONE 1 - DATI ANAGRAFICI

Cognome		Nome	
Luogo di Nascita			
Data di Nascita		Sesso	

SEZIONE 2 - Ospedale / Clinica / Ambulatorio

Denominazione			
Città			

SEZIONE 3 -RISCONTRI

Altezza		Peso		Body Mass Index		
	in metri		in Kg			
Circonferenza Addominale		Pressione Arteriosa		minima		massima
	in cm					

Dichiarazione

Il Soggetto sopra indicato, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in buono stato di salute e non presenta controindicazioni in atto o pregresse obiettivamente tali da controindicare la pratica sportiva non agonistica, compreso il corretto uso degli arti superiori e inferiori.

La presente Attestazione ha validità di mesi _____ dalla data di rilascio

Luogo e Data _____

Firma e Timbro del Medico

Testo da ricopiare:

Copia conforme all'originale in mio possesso, rilasciato dal proprio medico o medico dello sport in data _____

Firma dell'ufficiale di gara

Il presente documento deve essere caricato nella propria area personale in "portalefipav.net" entro il 09/09/18