

# CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Cognome DELL'AQUILA PASQUALE ..... nome .....

Nat  il  20  7  1974     TORINO ..... pr.

Residenza e/o domicilio V. ROSA LUXEMBOURG 5D SETTIMO TORINESE TO ..... pr.

Documento di identità ..... Cod. fisc. DLLPQL74L20L219Q

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

Il presente certificato ha validità di **MESI:** 12 ..... e scadrà il       29/09/2025

Data 30/09/2024

**Dr. ALBERTO MASSASSO**  
Specialista in Medicina dello Sport  
F.M.S.I. 13111

(timbro e firma)

Via Vittorio Emanuele 2 Cirié