

## TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ  
ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA  
(Art. 5 - D.M. 18/2/82)**

Cognome GAGLIARDI

Nome FRANCESCO

Nato a SEGRATE (MI)

il 22/07/2011

Residenza e/o domicilio SEGRATE (MI) - RESIDENZA FONTANA, 0

Documento d'identità Carta d'identità: . (C.F. GGLFNC11L22I577F)

Sport per cui è stata richiesta la visita PALLAVOLO (S.043)

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni in atto alla pratica agonistica dello sport PALLAVOLO (S.043)

Il presente certificato ha validità di 12 MESI

e scadrà il 07/11/2024

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive:   si (barrare la voce che interessa)

Gruppo sanguigno (A-B-0) \_\_\_\_\_ Fattore Rh \_\_\_\_\_  
(per gli sport in cui è richiesto)

Data: 08/11/2023

Il medico  
**DOTT.LUCA MARIETTI**  
**SPEC.IN MEDICINA DELLO SPORT**

timbro e firma leggibile



8 novembre 2023

N. B. **413205 /324**

**DA PRESENTARE ALLA VISITA SUCCESSIVA**