

## **Certificato di idoneità alla pratica di attività ludico-motoria**

D.M. ....data

Sig.ra / Sig.....

Nata/o a .....il .....

residente a.....

Classe di ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIA, di cui all'Allegato A

.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività ludico-motoria.

Il presente certificato ha validità .....[annuale/biennale/altro (specificare)] dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

**Certificato di idoneità alla pratica di  
attività sportiva di tipo non agonistico**

D.M. ....data

Sig.ra / Sig.....

Nata/o a ..... il .....

residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

**Certificato di idoneità alla pratica di  
attività sportiva di particolare ed elevato impegno  
cardiovascolare, ex art. 4 D.M.....**

Sig.ra / Sig.....

Nata/o a .....il .....

residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto degli esami strumentali eseguiti....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva di cui all'articolo 4 del D.M.....

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

## Controlli medici per l'attestazione dell'idoneità all'attività ludico motoria

	Classe A	Classe B	Classe C
	SOGGETTI < 55 ANNI (UOMINI) < 65 ANNI (DONNE) SENZA EVIDENTI PATOLOGIE E FATTORI DI RISCHIO EMERGENTI ALLA VISITA O RIFERITI IN ANAMNESI.	SOGGETTI CON ANAMNESI NOTA PER ALMENO DUE DELLE SEGUENTI CONDIZIONI: <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPERTENSIONE ARTERIOSA;</li> <li>• ELEVATA PRESSIONE ARTERIOSA DIFFERENZIALE NELL'ANZIANO;</li> <li>• ETÀ &gt; 55 ANNI (UOMINI) &gt; 65 ANNI (DONNE);</li> <li>• FUMO;</li> <li>• IPERCOLESTEROLEMIA, IPERTRIGLICERIDEMIA;</li> <li>• ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO O RIDOTTA TOLLERANZA AI CARBOIDRATI; DIABETE DI TIPO II COMPENSATO</li> <li>• OBESITÀ ADDOMINALE;</li> <li>• FAMILIARITÀ PER PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI;</li> <li>• FATTORI DI RISCHIO RITENUTI RILEVANTI DAL MEDICO CERTIFICATORE</li> </ul>	SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE CONCLAMATE DIAGNOSTICATE (ES. CARDIOLOGICHE, PNEUMOLOGICHE, NEUROLOGICHE, ONCOLOGICHE IN ATTO, DIABETOLOGICHE DI TIPO I O DI TIPO II SCOMPENSATE)
ACCERTAMENTI RACCOMANDATI, OLTRE ALLA VISITA MEDICA GENERALE DI TUTTI GLI APPARATI CON MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA		Elettrocardiogramma a riposo  Altri esami secondo giudizio clinico	Esami e consulenze specifiche secondo giudizio clinico
MEDICO CERTIFICATORE	Medico abilitato alla professione	Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta; Medico specialista in Medicina dello sport	Medico di Medicina generale o Pediatra di libera scelta; Medico specialista in Medicina dello sport; Medico specialista di branca
PERIODICITÀ	Biennale	Annuale	Annuale o inferiore, secondo giudizio clinico