

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

Si certifica che

la Sig.<sup>ra</sup> / 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; **accertamenti previsti: ECG a riposo ed eventuali altri esami secondo giudizio clinico**)

**C** (SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE CONCLAMATE DIAGNOSTICATE (ES. CARDIOLOGICHE, PNEUMOLOGICHE, NEUROLOGICHE, ONCOLOGICHE IN ATTO, DIABETOLOGICHE DI TIPO I O DI TIPO II SCOMPENSATE; **accertamenti previsti: esami e consulenze specifiche secondo giudizio clinico** )

**sulla base della visita medica da me effettuata e degli accertamenti sottospecificati:**

- referto del tracciato ECG eseguito in data .....

- altri esami:

.....  
.....

**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, .....