



FEDERAZIONE  
ITALIANA  
PALLAVOLO

COMITATO TERRITORIALE FIPAV VENEZIA  
Casella Postale 3129  
30170 Mestre (VE)  
Tel. 041/970213 - Fax 041/2394432  
mail: [venezia@federvolley.it](mailto:venezia@federvolley.it)



## CERTIFICATO PER UFFICIALI DI GARA IMPEGNATI NEI CAMPIONATI TERRITORIALI

### SEZIONE 1 – ANAGRAFICA UFFICIALE DI GARA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

### SEZIONE 2 – ANAGRAFICA DELLA STRUTTURA CHE REDIGE IL CERTIFICATO

(timbro della struttura/ambulatorio/medico)

### SEZIONE 3 – RISCONTRI

Altezza: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Circonferenza addominale: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

Pressione arteriosa: Massima: \_\_\_\_\_ Minima: \_\_\_\_\_ Frequenza cardiaca: \_\_\_\_\_

ECG eseguito in data: \_\_\_\_\_ con esito \_\_\_\_\_

### SEZIONE 4 – 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.

Eventuali prescrizioni o limitazioni: \_\_\_\_\_

Il presente certificato ha validità di 12 mesi dalla data di rilascio e sarà considerato valido da FIPAV Venezia al massimo fino al 30/06/2023.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del medico

\_\_\_\_\_