



**CENTRO INTERDIPARTIMENTALE
DI MEDICINA DELLO SPORT s.r.l.**
Dir. San. Dott.ssa Mirella De Ruvo

ECG DINAMICO DELLE 24/48 ORE

Sig. anni.....

Data.....E-mail.....

Dati anamnestici

.....

Trattamenti farmacologici in corso

.....

Motivo della richiesta.....

.....

Portatore di Pace Maker / ICD no si Modello.....