



Vollständig auszufüllen, zu unterschreiben und zurückzuschicken an:

email: info@maratoninadiudine.it

fax: +39 0432-299678

post: ASD MARATONINA UDINESE – Via Cotonificio, 96 – 33035 Torreano di Martignacco (UD)

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG FÜR SPORTWETTKÄMPFE



Ich, Dr. (Vorname, Zuname) _____

geboren in (Stadt, Land) _____

am (tt/mm/jjjj) _____

mit Geschäftsräumen/Praxen in (vollständige Adressen) _____

und Telefonnummer _____

erkläre mich für vollverantwortlich und bin mir der Konsequenzen von Falschangaben bewusst



Hr./Fr. (Vorname, Zuname) _____

geboren in (Stadt, Land) _____

am (tt/mm/jjjj) _____

und wohnhaft in (vollständige Adresse) _____

mit folgender Behinderung (falls zutreffend) _____

ist basierend auf medizinischen Tests:

- Arztbesuch
- Urinanalyse
- Elektrokardiogramm (in Ruhe und bei Belastung)
- Spirographie (Lungenfunktionsprüfung)

von mir durchgeführt am (tt/mm/jjjj) _____

bei guter Gesundheit und fähig, bei Sportveranstaltungen gemäß geltendem italienischen Recht bzgl. Sportwettkämpfen anzutreten (Ministerieller Erlass 18.02.1982).

Diese Bestätigung ist ein Jahr ab Ausstellungsdatum gültig.

Datum _____

Unterschrift des Arztes _____