



19^a **MARATONINA DI UDINE**

 **22 e 23 Septiembre 2018**

Rellenar, firmar y devolver por:

email: info@maratoninadiudine.it

fax: +39 0432-299678

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

CERTIFICADO MEDICO DEPORTIVO



Yo, Dr./Dra. (nombre y apellido)

nacido (ciudad, país)

el (fecha de nacimiento) (dd/mm/aaaa)

dirección completa del consultorio

y número de teléfono

declaro bajo mi propia responsabilidad, consiente de las consecuencias de declarar falso que



el Sr/Sra/Srta (nombre y apellido)

nacido (ciudad, país)

el (fecha de nacimiento) (dd/mm/aaaa)

y domiciliado en (dirección completa)

con las siguientes discapacidades (si aplicables)

sobre la base de los exámenes médicos:

- Visita médica
- Examen de las orinas
- Electrocardiograma en reposo y bajo estrés
- Espirografía

hecho por mí en (dd/mm/aaaa)

goza de Buena salud y puede competir en carreras de ATLETISMO de acuerdo con las vigentes leyes italianas respecto a las competiciones deportivas (Decreto Ministerial 18.02.1982)

El certificado es válido por un año desde esta fecha

En fecha _____

Firma del Médico _____