



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, pais)

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

dirección completa del consultorio

y numero de telefono

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



el Sr/Sra/Srta (nombre y apellido)

nacido (ciudad, pais)

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

y domiciliado en (dirección completa)

con las siguientes discapacidades (si aplicables)

sobre la base de los exámenes medicos:

- Visita medica
- Examen de las orinas
- Electrocardiograma en reposo y bajo estrés
- Espirografia

hecho por mi en (dd/mm/aaaa)

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

El certificado es valido por un año desde esta fecha

En fecha _____

Firma del Medico _____



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

