

## DICHIARAZIONE DI IDONEITA' FISICA

Il Sottoscritto dott....., iscritto al numero.....del registro dei medici di.....

### CERTIFICA

Che sulla base delle condizioni mediche e i test condotti sulla persona:

Cognome..... Nome.....

Nato il .....a .....

Non si rilevano controindicazioni allo svolgimento dell'attività agonistica atletica e che l'individuo appare fisicamente idoneo a gareggiare avuto riguardo agli standard medici richiesti dalla legislazione italiana.

Data.....

Firma del Medico

.....

Timbro professionale

Si consideri che il certificato e' redatto secondo gli stard richiesti dalla legge italiana. E' necessario utilizzare questo form. Il certificato medico deve essere redatto in ogni sua parte dal Medico competente, datato e firmato dallo stesso e apposto un timbro professionale e il numero di iscrizione all'Albo.

L'atleta deve presentare o spedire il certificato per ritirare il pettorale.

In assenza di certificato medico non è ammesso gareggiare.