



Name: _____
Nachname: _____
Nationalität: _____
Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Das Zertifikat entspricht dem italienischen Recht (DM 18/02/1982).
Um sicherzustellen, dass wir alle Zertifikate aus verschiedenen Ländern korrekt behandeln, ist es obligatorisch, dieses Formular zu verwenden, andere werden nicht akzeptiert.
Dieses ärztliche Attest muss vom Arzt ausgefüllt, datiert und unterschrieben werden, der es stempelt und seine Berufsnummer angibt _____
Anmerkung: Niemand wird ohne ärztliches Attest am Rennen teilnehmen.

ärztliches Bescheinigung
Kontaktdokumentation
Bitte verwenden Sie: roß VuchstaVen

Der Unterzeichnender (approbiert Arzt) _____
_____ bescheinigt dass die ärztliche Untersuchung von:
Nachname: Name:
Geboren am: ____ / ____ / _____, in
mit Wohnung in
zeigt keine Kontraindikationen für die Ausübung von Leistungssport (Laufen).

Dieses Zertifikat gilt bis ____ / ____ / _____ (obligatorisch)
dd / mm / yyyy

Datum: ____ / ____ / _____
dd / mm / yyyy

Unterschrift vom Arzt: _____
(obligatorisch)

Stempel und die Geschäftsnummer des Arztes: _____
(obligatorisch)