

CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO

SPORT MEDICAL CERTIFICATE

Il sottoscritto Dott.
I, the undersigned Dr.

,Medico dello Sport
,Doctor of Sport Medicine

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti del/la Sig./ra
Certify that the examination of Mr/Ms

Data di nascita:
Date of birth:

Età:
Age:

Documento d'identità:
ID Card number:

Data di rilascio:
Issue date:

non presenta controindicazioni in atto alla pratica del ciclismo agonistico
reveals no contraindications for participating in cycling competitions

Certificato emesso a (luogo):
Medical certificate issued in (place):

Data:
Date:

Firma del medico:
Doctor Signature:

Timbro
Doctors stamp