



Certificato di idoneità per la partecipazione ad un evento di atletica leggera

Il sottoscritto Dott. (nome, cognome) nato/a a (città) il (gg / mm / aaaa)

con studio a (indirizzo completo) e numero di telefono

DICHIARA CHE

il/la sig./Sig.ra (nome, cognome) nato/a (città, paese) in data (gg/mm/aaaa)

e residente a (indirizzo completo)

ha sostenuto un esame medico approfondito e adeguato durante il quale, nel rispetto delle norme sanitarie * che disciplinano la partecipazione ad un evento agonistico in Italia, sono stati effettuati i seguenti test: **analisi completa delle urine / ECG a riposo / test ECG / spirometria** (* DM 18/02/1982).

Pertanto dichiaro che l'atleta di cui sopra è in buona salute e adatto gareggiare in **EVENTI DI ATLETICA LEGGERA**

L'esame è stato eseguito da me il (gg/mm /aaaa) _____

Questo certificato è valido un anno da questa data.

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

AVVISO IMPORTANTE: questo modulo non deve essere utilizzato da ATLETI ITALIANI o da ATLETI STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA.

Questi atleti devono ottenere un certificato medico di idoneità per partecipare a un evento di atletica a livello agonistico.

Il certificato deve essere rilasciato in Italia da un medico con specializzazione in medicina sportiva