

CERTYFIKAT MEDYCZNY



Certyfikat będzie wymagany podczas wydawania pakietów startowych. Prosimy o wypełnienie drukowanymi literami.

Regione/ Województwo

Studio di medicina/ Gabinet medyczny (nazwa)

L'indirizzo/ z siedzibą w (kod- pocztowy/ miasto/ ulica/ numer)

tel./ tel.

Dott./ Lekarz

DICHIARA CHE/OŚWIADCZA, ŻE

Cognome/ Nazwisko

Nome/ Imię

Nato a/ Urodzony w

Il/ Dnia

Residenza/ Zameldowany w (kod- pocztowy/ miasto/ ulica/ numer)

Codice fiscale/ Numer identyfikacyjny (pesel)

Documento di identita'/ dokument tożsamości

L'atleta di cui sopra, sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni in atto alla pratica dello sport - atletica leggera e in particolare di poter partecipare alla corsa sulla distanza di 10 KM) / Powyższy sportowiec, na podstawie wizyty lekarskiej i odpowiedniego badania nie wykazuje przeciwwskazań do uprawiania sportu - lekkoatletyki, a w szczególności wzięcia udziału do biegu na 10 km.

Il presente certificato ha validita' di/ Ten certyfikat ma ważność do (data)

Il certificato deve essere valido almeno fino il 22 maggio 2017

Certyfikat musi być ważny przynajmniej do 22 maja 2017 włącznie.

Data/ Data

Firma e timbro del medico autorizzato /
Podpis i pieczętka uprawnionego lekarza