



18Й Полумарафон Гарда (Италия)

10 НОЯБРЯ 2019 справка о здоровье

ЗАПОЛНИТЬ ПОЛНОСТЬЮ, ПОДПИСАТЬ,
ПОСТАВИТЬ ПЕЧАТЬ, ПЕРЕСЛАТЬ

по e-mail iscrizioni@sdam.it

или по факсу по номеру +39 051 9525760

Я, Врач (ФИО)

РОДИВШИЙСЯ(-АЯСЯ) В (ГОРОД, СТРАНА)

ДАТА РОЖДЕНИЯ (ДД/ММ/ГГГ)

АДРЕС МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (полный)

НОМЕР ТЕЛЕФОНА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

БУДУЧИ ОТВЕТСТВЕННЫМ И СОЗНАЮЩИМ ПОСЛЕДСТВИЯ ОШИБОЧНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ОБЪЯВЛЯЮ, ЧТО (ФИО):

РОДИВШИЙСЯ(-АЯСЯ) В (ГОРОД, СТРАНА)

ДАТА РОЖДЕНИЯ (ДД/ММ/ГГГГ)

ПРОЖИВАЮЩИЙ(-АЯ) ПО АДРЕСУ (полный)

ИМЕЮЩИЙ(-АЯ) СЛЕДУЮЩИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПО ЗДОРОВЬЮ (если есть)

НА ОСНОВАНИИ СПОРТИВНОЙ ПРОВЕРКИ ЗДОРОВЬЯ, ПРОВЕДЁННОЙ МНОЙ (ДД/ММ/ГГГГ)

находится в физической форме, позволяющей принимать участие в соревнованиях по бегу на

10 Km

21,097

метра в соответствии с действующим законодательством.

Данная справка о здоровье действует в течение одного года со дня выдачи.

ДАТА (ДД/ММ/ГГГГ)

ПОДПИСЬ ВРАЧА