

CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO
SPORT MEDICAL CERTIFICATE
SPORTÄRZTLICHES ATTEST

Io sottoscritto Dott.
I, the undersigned Dr.
Ich, Der Unterzeichnete, Arzt _____

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti della Sig./ra
Certify that the examination of Mr/Ms
bescheinige, dass die Untersuchung des Herrn/Frau

Data di nascita:
Date of birth:
Geburtsdatum:

Età:
Age:
Alter:

non presenta controindicazioni in atto alla pratica del ciclismo agonistico
the subject, according to clinical investigations carried out, doesn't present any
contraindication related to sport to cardiovascular intensive activity. (cycling races/events)

zeigt aus medizinischer Sicht kein Bedenken, an einem Radrennen teilzunehmen

Data:
Date:
Datum: _____

Firma del medico:
Doctor's Signature:
Unterschrift des Arztes: _____

Timbro del Medico
Doctor's stamp
Stempel des Arztes