

CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO
SPORT MEDICAL CERTIFICATE

Il sottoscritto Dott. _____, Medico dello Sport
I, the undersigned Dr. _____, 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: _____ Età: _____
Date of birth: _____ Age: _____

Documento d'identità: _____ Data di rilascio: _____
ID Card number: _____ 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: _____ Firma del medico: _____
Date: _____ Doctor Signature: _____

Timbro
Doctors stamp