

CHRISTMAS RUN 2018

FORMULARIO MEDICO

Sirvase cumplimentar todos los puntos,firmarlo sello que y enviarlo por correo electronico;

El abajo firmante, Dr./ Dra (nombre y apellidos)

.....

Nacido en (ciudad y pais)

.....

El (dd/mm/aaaa)

.....

Con consulta en (direcciòn completa)

.....

Y numero de teléfono

.....

DECLARO QUE

El señor/a (nombre y apellidos)

.....

Nacido/a en (ciudad y pais)

.....

El (dd/mm/aaaa)

.....

Residente en (direccion completa)

.....

Con documento de identidad numero

.....

En base a la visita clinica y a las relativas pruebas realizadas, goza de buena salud y no presenta contraindicaciones para la pratica no competitiva y amateur de atletismo, in particular de la media marathon

El presente certificado tiene validez hasta el

.....

La fecha de vencimiento del certificado no podrá ser anterior al 23/12/2018

Fecha.....Firma y sello del medico.....

ASD Albatros Roma guarda en su sede,via Virginia Agnelli 76,00151 Roma,un fichero con datos personales de los atletas. Dicho fichero podrá ser examinado,modificado y suprimido en cualquier momento a peticion del interesado.