

MARATONA DI ROMA FORMULARIO MÉDICO

*Sírvase cumplimentar todos los puntos, firmarlo sello que y enviarlo por fax (+ 39 06 40.65.063)
o correo electrónico (maratona@maratonadiroma.it) o a Atielle Roma srl Viale B.Bardanzellu, 65 - 00155 Roma Italia*

POR FAVOR, ESCRIBAN SÓLO EN LETRA DE IMPRENTA

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

nacido en (ciudad y país)

el (dd / mm / aaaa)

 / /

con consulta en (dirección completa)

y numero de teléfono

 /

declaro que el señor/a (nombre y apellidos del atleta)

nacido/a en (ciudad y país)

el (dd / mm / aaaa)

 / /

residente en (dirección completa)

con documento de identidad número

en base a la visita clínica y a las relativas pruebas realizadas goza de buena salud y no presenta contraindicaciones para llevar a cabo la práctica de la carrera atlética de un maratón.

El presente certificado tiene validez hasta el

 / /

La fecha de vencimiento del certificado no podrá ser anterior al 31/03/2014.

Fecha (dd/mm/aaaa)

 / /

**Firma y sello
del médico**

*Atielle Roma srl guarda en su sede, sita en Viale B. Bardanzellu 65 – 00155 Roma, un fichero con datos personales de los atletas.
Dicho fichero podrá ser examinado, modificado y suprimido en cualquier momento a petición del interesado,
que deberá solicitarlo al representante legal responsable del mantenimiento de dicho archivo.*