# MARATONA DI ROMA GESUNDHEITSZEUGNIS

*(bitte vollständig ausfüllen, stempeln, unterschreiben und zurücksenden an:*
*Atielle Roma srl, Viale B.Bardanzellu, 65 00155 Roma Italia)*

**BITTE SCHREIBEN SIE NUR IN DRUCKBUCHSTABEN**

Ich, Dr. med. (Vor- und Nachname)

geboren in (Stadt und Land)

am (TT / MM / JJJJ)

/ /

mit Praxis in (vollständige Adresse)

Telefon

/

erkläre hiermit, dass sich Herr / Frau

geboren in (Stadt und Land)

am (TT / MM / JJJJ)

/ /

wohnhaft in (vollständige Adresse)

Identitätsnachweis *(Art des Dokuments)* Nr.

auf der Grundlage der klinischen Untersuchung und den entsprechenden durchgeführten Feststellungen, im Zustand guter Gesundheit befindet und keine Anzeichen aufweist, die gegen die Durchführung der agonistischen Leistung eines Marathons sprechen würden.

Das vorliegende Zertifikat ist gültig bis

/ /

*Das Ablaufdatum dieses Zertifikats darf nicht vor dem 31/03/2015 liegen.*

Datum (tt.mm.jjjj)

/ /

**Unterschrift und stempel des Arzte**

*Die persönlichen Daten werden im Hauptbüro der Atielle Roma srl, V.le Bardanzellu, 65 – 00155 Roma, hinterlegt und können auf Antrag des Interessenten zu jedem Zeitpunkt überprüft, geändert oder gelöscht werden. Der Antrag muss an den Datenschutzbeauftragen adressiert sein.*