

FORMULARIO MÉDICO PARA LA MARATONA DI ROMA

(Sírvese cumplimentar todos los puntos, firmarlo y enviarlo por fax (+ 39 06 4065063) o correo electrónico (info@maratonadiroma.it) a Atielle Roma srl Viale B.Bardanzellu, 65 - 00155 Roma Italia)

ESCRIBIR EN LETRAS 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 bajo su plena responsabilidad, consciente de las consecuencias de una declaración falsa por su parte, que D./D^a (nombre y apellidos del atleta)

nacido en (ciudad y país)

el (dd/mm/aaaa)

-----/-----/-----
residente en (dirección completa)

con la siguiente discapacidad (si procede)

sobre la base de la visita médico-deportiva realizada en su consulta en fecha (dd/mm/aaaa)

-----/-----/-----
goza de buena salud y es apto para la práctica deportiva de competición de un maratón de 42.195 metros, según la normativa vigente.

El presente certificado tiene una validez anual a partir de la fecha de la consulta.

Firma 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.