



Apellidos: _____

Nombre: _____

Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

El certificado se ajusta a la legislación italiana. Sin embargo, para asegurarnos de que tratamos correctamente todos los certificados enviados desde distintos países, es obligatorio utilizar este formulario, no se aceptará ningún otro.

Este certificado médico debe ser cumplimentado, fechado y firmado por el médico, que lo sellará e indicará su número profesional.

Este certificado deberá enviarse por correo ainfo@sardiniatrail.com antes del 4 maggio 2026. De no hacerlo en esta fecha, se anulará la inscripción sin derecho a reembolso.

Nadie participará en la carrera sin el certificado médico.

Certificado médico Actividad deportiva competitiva (ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS)

El médico abajo firmante _____, sobre la base de las pruebas médicas: visita médica, prueba de orinas (análisis de orina), electrocardiograma en reposo y prueba de esfuerzo, espirografía (prueba diagnóstica según la ley italiana para poder practicar actividades deportivas de competición - decreto ministerial 18/02/1982 / 24/04/2013).

CERTIFICA

que

A p e l l i d o _____ Nombre _____

Nacido el: ____ / ____ / ____ en ____

Residente en (ciudad) _____ a ddirección _____

Puede practicar una actividad deportiva de atletismo de competición

Este certificado es válido durante (máx. 12 meses) _____

Y expirará el _____

Date: ____ / ____ / ____

Firma del médico: _____

Sello profesional y número profesional: _____

