

Familienname: _____

Vornamen: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

□ Die Bescheinigung entspricht dem italienischen Recht. Um jedoch sicherzustellen, dass wir alle Bescheinigungen aus verschiedenen Ländern korrekt behandeln, ist die Verwendung dieses Formulars obligatorisch, andere werden nicht akzeptiert.

Diese ärztliche Bescheinigung ist vom Arzt auszufüllen, zu datieren und zu unterschreiben, der sie mit seinem Stempel und seiner Berufsnummer versieht.

Diese Bescheinigung muss innerhalb von 4 maggio 2026 per Post an aninfo@sardiniatrail.com geschickt werden. Bei Nichteinhaltung dieses Datums wird die Anmeldung ohne Rückerstattung annulliert.

Ohne ärztliches Attest wird niemand an dem Rennen teilnehmen.

Ärztliche Bescheinigung Leistungssportliche Tätigkeit (IN GROßBUCHSTABEN SCHREIBEN)

Der unterzeichnende Arzt _____ ,
auf der Grundlage der medizinischen Untersuchungen: ärztliche Untersuchung, Urinuntersuchung (Urinalysen), Elektrokardiogramm in Ruhe und unter Belastung, Spirographie (diagnostischer Test nach italienischem Recht für die Ausübung von Leistungssportarten - Ministerialerlass 18/02/1982 / 24/04/2013)

ZERTIFIZIERT

dass

N a m e d e r Familie _____ Vornamen: _____

Geboren am: ____ / ____ / _____ in _____

Wohnhaft in (Stadt) _____ a dresse _____

Kann Leichtathletik als Wettkampfsport betreiben.

Dieses Zertifikat ist gültig für (max. 12 Monate) _____

Und verfällt am _____

Datum: ____ / ____ / ____

Unterschrift des Arztes: _____

Berufsstempel/Siegel und Berufsnummer: _____

