



Nome de família: _____

Nome próprio: _____

Nacionalidade: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

□ O certificado está em conformidade com a legislação italiana. No entanto, a fim de garantir o tratamento correto de todos os certificados enviados de diferentes países, é obrigatório utilizar este formulário, não sendo aceite qualquer outro.

Este atestado médico deve ser preenchido, datado e assinado pelo médico, que o carimba e indica o seu número profissional.

Este certificado deve ser enviado por correio para parainfo@sardiniatrail.com no prazo de 4 de maio de 2026. O não cumprimento desta data implicará a anulação da inscrição sem direito a reembolso.

Ninguém participará na corrida sem o atestado médico.

Atestado médico Atividade desportiva de competição (ESCREVER EM LETRAS MAIÚSCULAS)

O médico abaixo assinado _____ ,
com base nos exames médicos: consulta médica, análise de urina (urinálise), eletrocardiograma em repouso e em esforço, espirografia (exame de diagnóstico previsto na lei italiana para poder praticar actividades desportivas de competição - Decreto ministerial 18/02/1982 / 24/04/2013)

CERTIFICAÇÕES

que

N o m e de família _____ Nome próprio: _____

Nascido em: ____ / ____ / ____ em _____

Residente em (cidade) _____ a ddress _____

Pode praticar uma atividade desportiva de atletismo de competição.

Este certificado é válido por (máx. 12 meses) _____

E expirará em _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do médico: _____

Carimbo/selo profissional e número profissional: _____

