**DICHIARAZIONE CERTIFICATO MEDICO**

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARO**

SOTTO LA MIA RESPONSABILITA’, CHE IL/LA DOTT./DOTT.SSA **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** E’ IL MIO MEDICO DI BASE O UN MEDICO

MEDICINA DELLO SPORT E CHE IL CERTIFICATO MEDICO:

**AGONISTICO NON AGONISTICO**

DA ME CONSEGNATO E’ UNA COPIA CONFORME DELL’ORIGINALE.

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_