

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Cognome **Spizzuoco** nome **Enzo**

Nat. 9 il 2 3 0 9 1 9 7 7 **Roma** pr. R M

Residenza e/o domicilio **Corso Rosselli 46** **Torino** pr. T O

Documento di identità **Pat U14P70729X** Cod. fisc. S P Z N Z E 7 7 P 2 3 H 5 0 1 Q

Sport per cui è stata richiesta la visita **Atletica Leggera**

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti

NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO

Alla pratica agonistica dello sport **Atletica Leggera**

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive si no

Il presente certificato ha validità di **anni 1 (uno)** e scadrà il 1 7 0 4 2 0 2 5

Data 1 8 0 4 2 0 2 4

il Medico
dott. GIULIANO GIOVANNI
10605
(timbro e firma)