

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Cognome **Giuliano** nome **Daniela**

Nat. a il **22** | **06** | **1969** a **Torino** pr. **T O**

Residenza e/o domicilio **Via Alpi Graie 30/a** **Settimo Torinese** pr. **T O**

Documento di identità **Ci CA31353GP** Cod. fisc. **G L N D N L 6 9 H 6 2 L 2 1 9 0**

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 x no

Il presente certificato ha validità di **anni 1 (uno)** e scadrà il **21** | **05** | **2025**

Data **27** | **05** | **2024**

il Medico

dott. GIULIANO GIOVANNI
10605

(timbro e firma)

Stampa blu diagonale:
Dott. P. ...
n. 10605
Giovanni