

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

MARTINI..... SIMONE.....
cognome _____ nome _____

o nat il 01/09/1972 a TORINO..... (TO) pr. _____

residenza e/o domicilio VIA MONTOSO, 12 B-SETTIMO TORINESE.... (TO) pr. _____ A.S.L. n° 204

IDE. CA48485KV.... M R T S M N 7 2 P 0 1 L 2 1 9 C
documento n° _____ codice fiscale

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

il presente certificato ha validità di 12 MESI e scadrà il 27/05/2025

28/05/2024
data _____

J | medical
Il medico (timbro e firma)
Dott. Maurizio GOTTI
Tessera F.M.S.I. N° 11365