

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Cognome **Tipaldi**

nome **Sandro**

Nat. il 0 5 1 2 1 9 8 1 **Torino**

pr. T O

Residenza e/o domicilio **Via Vercelli 12**

Settimo Torinese

pr. T O

Documento di identità **Ci AV1588383**

Cod. fisc. T P L S D R 8 1 T O 5 L 2 1 9 E

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 5 0 8 2 0 2 5

Data 1 6 0 8 2 0 2 4

il Medico

(timbro e firma)

dott. GIULIANO GIOVANNI
10605