

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Cognome **Zaccaria** nome **Francesco**

Nat. P I 2 8 0 1 1 9 6 3 Torino pr T O

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

Documento di identità **Ci CA77526NY** Cod. fisc. **Z C C F N C 6 3 A 2 8 L 2 1 9 F**

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 2 1 0 5 2 0 2 5

Data 2 2 0 5 2 0 2 4

dott. GIULIANO GIOVANNI
10605
Medico
(firma)