



Certificato n. **109/17**

03722

Codice identificativo regionale del medico certificatore n. 10512 operante presso

- Ambulatorio/Centro di Medicina dello sport di _____ AUSL di _____
 Ambulatorio privato Scatola R
 Studio professionale

CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Cognome BELI 210 Nome GIAB

Nat. il 29/07/79 a Bologna prov. _____

Residenza e/o domicilio Boario Terme prov. BS

Documento di identità _____ Codice Fiscale _____

Sport per cui è stata richiesta la visita Atletica leggera

L'atleta, sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti, risulta **IDONEO**

alla pratica agonistica dello sport Atletica leggera

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive SI NO

Il presente certificato ha validità di mesi 12 e scadrà il 1/2/19

Data 1/2/18

Dr. FRANCESCO SPEZIALE
Fisiatra Medico dello Sport
Medico specialista in Medicina dello sport
FMSI 7649 - M.S.E.R. 105120

(timbro con codice identificativo e firma)