

CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO  
SPORT MEDICAL CERTIFICATE

Il sottoscritto Dott.  
Sport  
I, the undersigned Dr.  
Medicine

Medico dello  
, Doctor of Sport

Certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti  
del/la Sig./ra

Certify that the examination  
of Mr/Ms

Data di nascita:  
Date of birth:  
Età:  
Age:  
Documento d'identità:  
ID Card number:  
Data di rilascio:  
Issue date:

**non presenta controindicazioni in atto alla pratica del ciclismo  
agonistico**

**reveals no contraindications for participating in cycling  
competitions**

Certificato emesso a (luogo e nazione):  
Medical certificate issued in (place and country):  
Data:  
Date:

Firma del medico:  
Doctor Signature:  
Timbro  
Doctors stamp