

**SPORTÄRZTLICHES ATTEST
CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO
MEDICAL CERTIFICATE OF SUFFICIENT FITNESS**

Ich, der unterzeichnende,
Il sottoscritto Dott.,
Me, the signatory, _____

Facharzt für Sportmedizin
Medico dello Sport
sports physician

bestätige hiermit, dass die Untersuchung von Herrn/Frau
certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti el/la Sig./ra
certify that the examination of Mr/ Mrs

Geburtsdatum:
Data di nascita:
Date of birth: _____

Alter:
Età:
Age: _____

Ausweisnummer:
Numero carta d'identità:
Nr. of ID Card: _____

Ausstellungsdatum:
Data di rilascio:
Date of issue: _____

**keinerlei Kontraindikationen für die Teilnahme am Rosengarten Schlern
Skymarathon 2020 ergab.**

**non presenta controindicazioni per la partecipazione alla Rosengarten Schlern
Skymarathon 2020**

**didn't exhibit any contraindication for the participation at the Rosengarten Schlern
Skymarathon 2020.**

Ort:
Luogo:
City: _____

Datum:
Data:
Date: _____

Unterschrift & Stempel des Arztes:
Firma & timbro del medico:
Signature & stamp of the doctor: _____