

CERTIFICATO MEDICO

Lo sottoscritto/a Dottore/ Dottoressa.....

Medico chirurgo certifico di avere visitato

Il Sig./ La Sig.ra

Nato/a il.....

E di non aver constatato dei segni clinici visibili contro indicanti la pratica del ciclismo on competizione.

Luogo.....

Data.....

Timbro del medico :

Firma del medico :