

## STRASIMENO FORMULARIO MÉDICO

Sirvase cumplimentar todos los puntos, firmarlo sello que y enviarlo por fax (+ 39 075 63062390),  
o correo electrónico ([starsimeno2012@dreamrunners.it](mailto:starsimeno2012@dreamrunners.it)) o a (ASD Filippide – via Amendola, 63, 06061 – Castiglione del Lago – Pg, Italy)

### POR FAVOR, ESCRIBAN SÓLO EN LETRA IMPRENTA

El abajo firmante, Dr. / Dra. (nombre y apellidos)

Nacido en (ciudad y país)

el (dd / mm / aaaa)

con consulta en (dirección completa)

y número de teléfono

declare que el señor/a ( nombre y apellidos del atleta)

Nacido en (ciudad y país)

el (dd / mm / aaaa)

residente en (dirección completa)

con documento de identidad número

en base a la visita clínica y a las relativas pruebas realizadas goza de buena salud y no presenta contraindicaciones para llevar a cabo la práctica de la carrera atlética de un maratón

el presente certificado tiene validez hasta el (dd / mm / aaaa) La fecha de vencimiento del certificado no podrá ser anterior al 31/03/2012

Fecha (dd / mm / aaaa)

**Firma del médico**

ASD Filippide, via Amendola, 63 – 06061 – C.Lago – Pg, un fichero con datos personales de los atletas.  
Dicho fichero podrá ser examinado, modificado y suprimido en cualquier momento a petición del interesado,  
que deberá solicitarlo al representante legal responsable del mantenimiento de dicho archivo.