



**19<sup>й</sup> Полумарафон Гарда (Италия)**  
**14 НОЯБРЯ 2021 справка о здоровье**

**ЗАПОЛНИТЬ ПОЛНОСТЬЮ, ПОДПИСАТЬ,  
ПОСТАВИТЬ ПЕЧАТЬ, ПЕРЕСЛАТЬ**

по e-mail [garda2020@dreamchrono.it](mailto:garda2020@dreamchrono.it)

или по факсу по номеру +39 075 630 623 90

**ONLY LATIN CHARACTERS ARE ACCEPTED. CYRILLIC IS NOT ALLOWED.**

Я, Врач (ФИО)

РОДИВШИЙСЯ(-АЯСЯ) В (ГОРОД, СТРАНА)

ДАТА РОЖДЕНИЯ (ДД/ММ/ГГГ)

АДРЕС МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (полный)

НОМЕР ТЕЛЕФОНА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

БУДУЧИ ОТВЕТСТВЕННЫМ И СОЗНАЮЩИМ ПОСЛЕДСТВИЯ ОШИБОЧНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ОБЪЯВЛЯЮ, ЧТО (ФИО):

РОДИВШИЙСЯ(-АЯСЯ) В (ГОРОД, СТРАНА)

ДАТА РОЖДЕНИЯ (ДД/ММ/ГГГГ)

ПРОЖИВАЮЩИЙ(-АЯ) ПО АДРЕСУ (полный)

ИМЕЮЩИЙ(-АЯ) СЛЕДУЮЩИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ПО ЗДОРОВЬЮ (если есть)

НА ОСНОВАНИИ СПОРТИВНОЙ ПРОВЕРКИ ЗДОРОВЬЯ, ПРОВЕДЁННОЙ МНОЙ (ДД/ММ/ГГГГ)

находится в физической форме, позволяющей принимать участие в соревнованиях по бегу на

метра в соответствии с действующим законодательством. Данная

справка о здоровье действует в течение одного года со дня выдачи.

ДАТА (ДД/ММ/ГГГГ)

ПОДПИСЬ ВРАЧА