

DICHIARAZIONE D'ASSISTENZA MEDICA

Il sottoscritto Dott. _____

residente a _____ dichiara la propria e completa

disponibilità ad assistere allo svolgimento della manifestazione di Atletica Leggera odierna,

organizzata da _____

per tutta la durata della stessa, in qualità di Medico di Servizio, la cui tessera è OPDM/FMSI/CRI

N° _____ di _____

Numero Cellulare (obbligatorio gare NO Stadia): _____

NOTA: Lo stesso si impegna a presenziare sul Campo di Gara sino a 30 minuti dopo il termine della manifestazione.

Località _____

Data _____

Firma leggibile del Medico

Visto dal Ufficiale Tecnico o dal Giudice Arbitro

Interventi Rilevanti

MANIFESTAZIONE: _____ DATA: _____

ELENCO ATLETI INFORTUNATI

Cognome e Nome	Società	Diagnosi (non obbligatoria)

Il medico di servizio _____