

DICHIARAZIONE DI POSSESSO DI CERTIFICAZIONE MEDICA

Il sottoscritto/a _____, iscritto alla Virgin Active Urban Obstacle Race del 1 giugno 2019 a Rimini con pettorale numero _____, dichiara di essere in possesso della certificazione medica richiesta per partecipare all'evento, cioè di almeno uno dei seguenti certificati:

A. Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico.

Il certificato mi è stato rilasciato dal mio medico di base o da un medico specialista in medicina dello sport. L'esame per il rilascio del certificato includeva la misurazione della pressione arteriosa e l'effettuazione di un elettrocardiogramma a riposo refertato secondo gli standard professionali esistenti.

B. Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo agonistico.

Il certificato mi è stato rilasciato da un medico specialista in medicina dello sport. L'esame per il rilascio del certificato includeva la misurazione della pressione arteriosa, l'effettuazione di elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo refertati secondo gli standard professionali esistenti, analisi completa delle urine e esame spirometrico.

Il certificato in mio possesso risulta in corso di validità alla data del 1 giugno 2019 (ovvero è stato rilasciato meno di un anno prima di questa data).

Sollevo la società sportiva dilettantistica a responsabilità limitata **RCS Active Team, Timing Data Service s.r.l.** e **Njuko** da qualsiasi responsabilità per l'impossibilità di verificare il certificato stesso, impossibilità dovuta ad una mia negligenza nel presentarne copia.

Data: _____ **Firma:** _____