



**Delicious Trail
Dolomiti**

HORIZONS OF YOUR SOUL

Nachname _____
Vorname _____
Geburtsdatum ___ / ___ / ____

2023

Dieses Zertifikat entspricht dem italienischen Recht. Um sicherzustellen, dass alle aus verschiedenen Ländern eingegangenen Zertifikate korrekt behandelt werden, muss jeder das vorliegende Formular verwenden. Andere Bescheinigungen werden nicht akzeptiert.

Dieses ärztliche Attest muss vom Arzt ausgefüllt, datiert, abgestempelt, mit Registriernummer versehen und unterschrieben werden.

Dieses Zertifikat muss bis zum 28. September 2023 an die Mailadresse delicious@evodata.it gesendet oder als Fotokopie der Organisation vorgelegt werden.

Sollte das Zertifikat nicht bis zum angegebenen Datum eingehen, wird die Registrierung ohne Recht auf Rückerstattung storniert.

Ohne ein ärztliches Attest ist die Teilnahme nicht gestattet.

ÄRZTLICHES ATTEST

Der Unterzeichnete, Dr. med. _____

erklärt, dass die medizinische Untersuchung von Frau/Herrn:

Nachname: Vorname:

geboren am: _____/_____/_____, aus ärztlicher Sicht keine gesundheitlichen Gegenanzeigen für die Ausübung wettkämpferischer Sporttätigkeit ergeben hat.

Datum: _____/_____/_____

Gültigkeit der Bescheinigung: _____

Unterschrift der Arztes: _____

Stempel und Registriernummer: _____