

FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA

DICHIARAZIONE D'ASSISTENZA MEDICA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

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 (reperibilità durante la manifestazione): _____

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 del Delegato Tecnico
o Direttore di Riunione

Interventi Rilevanti

MANIFESTAZIONE: _____ DATA: _____		
ELENCO ATLETI INFORTUNATI		
Cognome e Nome	Società	Diagnosi (non obbligatoria)

Il medico di servizio _____