



DICHIARAZIONE DI POSSESSO DI CERTIFICAZIONE MEDICA

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. _____ il ____/____/____ codice fiscale _____

e residente a _____ prov. _____

in Via/Viale _____ n. _____

iscritto all'evento THE LOOP RELAY che si terrà a Milano il 5 novembre 2023

DICHIARO

sotto la mia responsabilità, di essere in possesso della certificazione medica richiesta per partecipare all'evento, quindi almeno uno dei seguenti certificati:

1) 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.

2) 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 un elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo refertati secondo gli standard professionali esistenti e un esame spirometrico

Il certificato in mio possesso risulta in corso di validità alla data del 5 novembre 2023.

Sollevo inoltre il Comitato Organizzatore di The Loop Relay, Promo.s SSd ARL, Opes Lombardia, MGSport e tutti gli attori coinvolti nell'evento:

- da qualsiasi responsabilità per l'impossibilità di verificare il certificato stesso, impossibilità dovuta ad una mia negligenza nel presentarne copia
- da ogni e qualsiasi responsabilità sia civile che penale, o di altra natura, in merito all'esercizio dell'attività motoria e sportiva praticata legata all'evento The Loop Relay.

Milano,
