

**FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA**

**DICHIARAZIONE DI 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 CRI  
FMSI N° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

**NOTA:** Lo stesso si impegna a presenziare presso l' Impianto di Gara fino a 30' dopo il  
termine della Manifestazione.

Località \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile del Medico

\_\_\_\_\_

Visto del Delegato Tecnico  
o Direttore di Riunione

\_\_\_\_\_

