RAPPORTO DEL MEDICO DI GARA

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____
iscritto/a all'Albo dei Medici con n° _____
in qualità di Medico nella gara/manifestazione ciclistica denominata:_____
_____
organizzata da: _____
il giorno: _____ in località: _____
categoria: _____

dichiara quanto segue:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data: _____

Il Medico di Gara

_____