

**SPORTÄRZTLICHES ATTEST  
CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO  
MEDICAL CERTIFICATE OF SUFFICIENT FITNESS**

Ich, der unterzeichnende,  
Il sottoscritto Dott.,  
Me, the signatory, \_\_\_\_\_

Facharzt für Sportmedizin  
Medico dello Sport  
sports physician

bestätige hiermit, dass die Untersuchung von Herrn/Frau  
certifico che sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti el/la Sig./ra  
certify that the examination of Mr/ Mrs

Geburtsdatum:  
Data di nascita:  
Date of birth: \_\_\_\_\_

Alter:  
Età:  
Age: \_\_\_\_\_

Ausweisnummer:  
Numero carta d'identità:  
Nr. of ID Card: \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum:  
Data di rilascio:  
Date of issue: \_\_\_\_\_

**keinerlei Kontraindikationen für die Teilnahme am Rosengarten Schlern  
Skymarathon 2017 ergab.**

**non presenta controindicazioni per la partecipazione alla Rosengarten Schlern  
Skymarathon 2017.**

**didn't exhibit any contraindication for the participation at the Rosengarten Schlern  
Skymarathon 2017.**

Ort:  
Luogo:  
City: \_\_\_\_\_

Datum:  
Data:  
Date: \_\_\_\_\_

Unterschrift & Stempel des Arztes:  
Firma & timbro del medico:  
Signature & stamp of the doctor: \_\_\_\_\_