GARA CICLISTICA AMATORIALE data ……..

Località: ……

Manifestazione: ……

Organizzazione: ……..

SERVIZIO SANITARIO

Ambulanza …… **Targa**……

Conducente……..

RELAZIONE DEL MEDICO DI GARA

Medico Dott. …… Tessera nº ……

In relazione a quanto svoltosi durante lo svolgimento della manifestazione oggetto della presente, il sottoscritto, in qualità di medico di gara incaricato, certifica quanto segue:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Data ……/……/……..

Firma

……..