

## DICHIARAZIONE DI POSSESSO DI CERTIFICAZIONE MEDICA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, iscritto/a alla DKR24x1ora del 25/26 Maggio 2024, dichiaro di essere in possesso della certificazione medica richiesta per partecipare all'evento, cioè di 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 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 25/26 Maggio 2024 (ovvero è stato rilasciato meno di un anno prima di questa data).

Sollevo A.S.D. DKRunners Milano e i loro fornitori per i servizi di iscrizione online e segreteria iscrizioni da qualsiasi responsabilità per l'impossibilità di verificare il certificato stesso, impossibilità dovuta ad una mia negligenza nel presentarne copia.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

DKRunners Milano  
Via Sangallo, 31 – Milano  
P.IVA/CF 06492800963  
Cell. 3339331051  
e-mail [info@donkenyarun.it](mailto:info@donkenyarun.it)  
PEC [info@pec.donkenyarun.it](mailto:info@pec.donkenyarun.it)