COMITATO PROVINCIALE DI _____ DATA _____/_____/_____

RELAZIONE DEL MEDICO DI GARA

Medico Dott. _____

Denominazione Manifestazione _____ Classe _____

Asd Organizzatrice _____ sede _____

Ambulanza _____ targa _____

Conducente Sig. _____

Località di partenza _____ DATA _____/_____/_____

Ora di Partenza _____ Ora termine della manifestazione _____

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

DATA _____/_____/_____

Il Medico di Gara

_____