



FIC

**Federazione Italiana Canottaggio
Settore Medico – Sanitario**

Piediluco, _____

Il sottoscritto

nato a _____ Provincia _____ il _____

Società di appartenenza

DICHIARA

DI AVERE IN CORSO UNA PRATICA TUE

DI NON AVER ASSUNTO ALCUN TIPO DI FARMACO NELL'ULTIMO MESE

DI AVERE ASSUNTO I SEGUENTI FARMACI NON VIETATI NELL'ULTIMO MESE
(*specificare*)

firma leggibile