

Self-Certification Form

General Information

- Full Name: _____
- Date of Birth: ____/____/____
- Country: _____
- I.D./Passport No.: _____
- Contact Information
 - Phone: _____
 - Email: _____
 - Address: _____

Certification Statement

I certify that the following statements are true to the best of my knowledge (*initial each line to confirm*):

1. I understand that this is NOT a replacement for a medical certificate. _____
2. My current health status does not prevent me from taking part in long distance running events. _____
3. I regularly complete running training sessions. _____
4. I have previously participated to ultra running events. _____
5. I do not suffer from any contagious diseases. _____
6. I have never suffered from a heart condition. _____
7. I do not suffer from any respiratory conditions. _____
8. I do not have any pending medical diagnosis. _____
9. I am fully aware of the Organisation's policies. _____
10. I am NOT pregnant _____
11. I am fully aware of the consequences for any false statement including the withdrawal from the event and further legal actions against me. _____

Please, provide two emergency contacts:

Name: _____
Relationship: _____
Contact: _____

Name: _____
Relationship: _____
Contact: _____

Date
____/____/____

Signature

Auto-Certificazione

Dettagli Generali

- Nome e Cognome: _____
- Data di Nascita: ____/____/____
- Nazionalita': _____
- Doc. di Identita': _____ Num.: _____
- Contatto:
 - Cell.: _____
 - Email: _____
 - Indirizzo: _____

Dettagli Certificazione

Dichiaro che le seguenti affermazioni sono vere al meglio delle mie conoscenze (*apporte le proprie iniziali su ogni riga per confermare*):

1. Sono consapevole che questo documento NON sostituisce un certificato medico. _____
2. Il mio attuale stato di salute non mi impedisce di partecipare a gare di corsa di lunga distanza. _____
3. Svolgo regolarmente sessioni di allenamento di corsa. _____
4. Ho già partecipato a gare di ultramaratona. _____
5. Non soffro di malattie contagiose. _____
6. Non ho mai sofferto di problemi cardiaci. _____
7. Non soffro di problemi respiratori. _____
8. Non ho diagnosi mediche in sospeso. _____
9. Sono pienamente a conoscenza delle politiche dell'Organizzazione. _____
10. Non sono incinta, _____
11. Sono pienamente consapevole delle conseguenze di qualsiasi dichiarazione falsa, tra cui l'esclusione dalla gara e ulteriori azioni legali nei miei confronti. _____

Si prega di fornire due contatti di emergenza

Nome: _____

Relazione: _____

Mob.: _____

Nome: _____

Relazione: _____

Mob.: _____

Data e luogo

_____ li ____ / ____ / _____

Firma
