



FEDERAZIONE CICLISTICA ITALIANA
SERVIZIO SANITARIO FEDERALE

VERBALE DI CONTROLLO EMATICO

Data

Luogo

Cognome e Nome dell'atleta

Nr. Licenza

Società/Gruppo Sportivo

Ora di:

Presentazione

Prelievo

Rifiuto

Assenza

Motivo del rifiuto

Motivo dell'assenza

Si conferma la regolarità delle operazioni di prelievo e si attesta che l'atleta ha preso visione e verificato la corrispondenza dell'etichetta in calce come sulle provette.



Atleta:
Cognome e Nome

Firma

Accompagnatore:
Cognome e Nome

Firma

Medico:
Cognome e Nome

Firma

Rappresentante federale:
Cognome e Nome

Firma