

Piloto Nº \_\_\_\_\_



## Termo de Responsabilidade Médica

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ portador do BI/CC Nº \_\_\_\_\_, nascido a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
residente  
em \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, e com o contacto \_\_\_\_\_ declaro, para os devidos efeitos  
do disposto nº 2 do artigo 40º da Lei 5/2007 de 16 de Janeiro, que não tenho  
quaisquer contra-indicações para a prática desta modalidade, pelo que me  
responsabilizo por algo que venha a suceder no 14º Troféu YAMAHA 2017, que se  
realiza no ano de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura conforme BI/CC.

No caso de o piloto ser menor, a assinatura é do Pai/Mãe:

Nome,  
\_\_\_\_\_

portador do BI/CC Nº \_\_\_\_\_, nascido a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

