

[Intestazione del Centro Sportivo o del Medico]

Regione.....

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ
ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA**
(Art. 5 - D.M. 18.2.82)

Cognome Nome

nato a il

residenza e/o domicilio

documento d'identità

Sport per cui è stata richiesta la visita **PUGILATO PRO over 40**

L'ATLETA DI CUI SOPRA SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA E DEI RELATIVI
ACCERTAMENTI NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO ALLA PRATICA
AGONISTICA DELLO SPORT **PUGILATO PRO over 40**

Il presente certificato ha validità di..... e scadrà il

EEG NEI LIMITI DELLA NORMA

PRESA VISIONE DEL REFERTO DELL'ANGIO-RM EFFETTUATA IN DATA

RM ENCEFALO DEL – NEI LIMITI DELLA NORMA

Per le DONNE:

EFFETTUATA VISITA SENOLOGICA CON ECOGRAFIA MAMMARIA E PELVICA

Data

IL MEDICO

Specialista in Medicina dello Sport

Timbro e firma