

[ 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**

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**

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

**EEG NEI LIMITI DELLA NORMA**

**RM ENCEFALO DEL ..... – NEI LIMITI DELLA NORMA**

Data .....

**IL MEDICO**

*Specialista in Medicina dello Sport*

---

Timbro e firma