



FEDERAZIONE PUGILISTICA ITALIANA

Sezione Femminile

VISITA PRE-COMPETIZIONE (D.M. 2/08/05)

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Pugile AOB () - PRO () impegnata nel combattimento del

a dichiara di:

- non avere in atto emorragie vaginali diverse dal flusso mestruale;
- non avere in atto disturbi genito-urinari;
- di non aver subito traumi e/o interventi chirurgici recenti in regione mammaria

Dichiara, inoltre, di avere effettuato un test di gravidanza (non anteriore ai 14 giorni antecedenti l'incontro) presso un Laboratorio di Analisi il con esito
come da referto allegato.

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili

Data

Firma dell'atleta

o, se minore, di chi esercita la responsabilità genitoriale

Osservazioni

.....
.....

Timbro e firma del Medico specialista in Medicina dello Sport

Da consegnare, in busta chiusa, al Commissario di Riunione che lo allegherà al verbale di riunione.

Il presente modulo è parte integrante del San-01