



## **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**