



## ATTESTAZIONE MEDICA

[Da consegnare al Commissario di Riunione prima dell'inizio dell'attività]

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, Responsabile Sanitario dell'evento denominato \_\_\_\_\_ che si svolge a \_\_\_\_\_

### DICHIARO

di avere ottemperato a tutte le disposizioni sanitarie e regolamentari in materia di controllo atleti.

In particolare dichiaro di avere verificato i prescritti certificati medico/agonistici, attestandone con la presente la piena regolarità, validità e conformità all'attività che l'atleta dovrà svolgere.

Dichiaro inoltre, con riferimento alle discipline del contatto pieno, di avere eseguito tutti i necessari controlli medici sugli atleti, giudicandoli idonei al combattimento.

Dichiaro infine di avere riscontrato la inidoneità dei sottoelencati atleti al combattimento [*da barrare nel caso non ve ne fossero*]:

1. \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

Milano, 15 giugno 2013

\_\_\_\_\_  
[firma medico]