

**(DONNE) ALLEGATO B**  
**DISCIPLINE A CONTATTO PIENO**

**DICHIARAZIONE PRE-GARA PER DONNE CHE COMBATTONO IN ITALIA**

**DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 02/08/2005**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

impegnata nel combattimento del: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Io sottoscritta dichiaro di non avere in atto :

- emorragie vaginali diverse dal flusso mestruale;
- disturbi genito-urinari;
- di non aver subito traumi e/o interventi chirurgici recenti.

Io dichiaro inoltre di avere effettuato un test di gravidanza non anteriore ai 14 giorni antecedenti la

gara; data del test di gravidanza: \_\_\_\_\_ Esito: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma dell'atleta: \_\_\_\_\_

**Per presa visione del medico (specialista in medicina dello sport) che effettua la visita pre-gara**

**Osservazioni**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico: \_\_\_\_\_

**Da consegnare in busta chiusa al MEDICO VISITA PRE-GARA**