



FEDERAZIONE PUGILISTICA ITALIANA

Sezione Femminile

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

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Pugile AOB () - PRO () categoria serie 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.

Data

Firma dell'atleta

o, se minore, di chi esercita la patria potestà

In caso di **atleta minorenni**, l'esercente la patria potestà Sig./Sig.^{ra} (di cui si allega copia del documento d'Identità) sottoscrive quanto sopra dichiarato e **delega** il Tecnico accompagnatore Sig./Sig.^{ra} per eventuali adempimenti sanitari correlati.

Firma

Osservazioni

.....
.....

Timbro e firma del Medico di bordo ring specialista in Medicina dello Sport

Da consegnare, in busta chiusa indirizzata al Settore Sanitario della F.P.I., al Commissario di Riunione che la allegherà al verbale di riunione.