



Visita di controllo dopo fermo medico dei pugili PRO

Atleta..... nato/a a
il, residente in
....., sconfitto/a prima del limite in data
con il verdetto di

Il sottoscritto Dott.
presa visione del verbale redatto, degli accertamenti e/o esami prescritti dal medico di bordo ring e
dell'eventuale verbale di dimissione di pronto soccorso

CERTIFICA

che a seguito della visita medica di controllo da me effettuata e di eventuali altri accertamenti che ho
ritenuto necessari, del referto dell'EEG (obbligatorio per DM 18 febbraio 1982), della RM cerebrale eseguita
in data (obbligatoria solo in caso di sconfitta per KO) e dell'eventuale verbale di
dimissioni dal Pronto Soccorso, l'atleta
**può riprendere l'attività sportiva agonistica del pugilato PRO fino alla scadenza del certificato di idoneità
precedentemente rilasciato, e cioè fino al (riportare la data di scadenza del certificato in
corso di validità).**

Luogo e data

Timbro e firma del Medico dello Sport

.....

Da trasmettere al Settore Sanitario della FPI per la reintegrazione all'attività agonistica a cura dell'atleta