

(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