



Visita di reintegro dopo fermo medico per atleti della FIKBMS

Il sottoscritto dr. _____, dopo aver preso visione del fermo medico, degli accertamenti ed esami integrativi richiesti dal medico di bordo ring/ gara, del referto dell' EEG nel caso di KO o sconfitta prima del limite (RSC, RSCH, abbandono), dell'eventuale verbale di dimissione del pronto soccorso e nel caso di rifiuto di ospedalizzazione di una risonanza magnetica cerebrale,

CERTIFICA che:

l'atleta _____ nato a _____

il _____ e residente _____

in seguito a visita di controllo, come da D.M. 18/02/1982 e Regolamento Sanitario della FIKBMS

del 27/4/2016, può riprendere la pratica sportiva agonistica del _____

fino al termine della validità del certificato d'idoneità precedentemente rilasciato che scadrà il _____.

Luogo e data

Timbro e firma del medico sportivo
