

**Visita di reintegro dopo fermo medico
per atleti della FEDERKOMBAT**

Il sottoscritto dr. _____, dopo aver preso visione del
fermo medico del giorno _____, degli eventuali 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 _____
documento d'identità _____
in seguito a visita di controllo, come da D.M. 18/02/1982 e Regolamento Sanitario della
FEDERKOMBAT del 30/4/2021, 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