



CERTIFICAZIONE PER
APPARECCHIO ORTODONTICO

Il sottoscritto medico dentista _____

con studio sito in _____,

CERTIFICA

Che l'atleta _____ nato a
_____ in data _____, può effettuare attività
di _____ (*) agonistica e non, a contatto leggero e/o pieno,
utilizzando il paradenti opportunamente configurato dal sottoscritto o da altra struttura abilitata,
su apparecchio ortodontico, in quanto l'utilizzo dello stesso non comporta pericolo o danno
durante l'attività sportiva.

IL MEDICO

Luogo e data _____

(*) inserire la disciplina