

**ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY  
ATLETI GRUPPO A**

Il sottoscritto dottore / dottoressa \_\_\_\_\_

Medico specialista in medicina dello sport,

**ATTESTA:**

che l'atleta \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Dichiarato/a idoneo/a dal sottoscritto alla pratica sportiva agonistica dello sport qui indicato:

\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

**a seguito della visita medica da me effettuata in data \_\_\_\_\_ e degli accertamenti presi in visione, può riprendere la pratica dello sport agonistico.**

\_\_\_\_\_

(data e luogo)

\_\_\_\_\_

(il medico) Timbro e Firma