

ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY

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