

	<b>MEDICINA SPORTIVA</b> <b>ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY</b>	<b>AMB_Doc_91</b>
		<b>Rev. 0</b>
<b>Data 23/11/2021</b>		
<b>DOCUMENTO</b>		<b>Pag. 1 di 1</b>

Io Sottoscritto Dott.ssa / Dott.

\_\_\_\_\_

Medico Specialista in Medicina dello Sport

ATTESTO

Che l'Atleta \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Dichiarato da me **Idoneo** alla pratica sportiva agonistica per lo sport \_\_\_\_\_

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 (*Firma e Timbro*)