Allegato C

ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY

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)*