

**ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY**

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Medico Specialista in Medicina dello Sport

ATTESTA

che l'Atleta \_\_\_\_\_

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

Il \_\_\_\_\_

Dichiarato dal sottoscritto **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*)