

## DICHIARAZIONE DONNE PRE-COMPETIZIONE CONTATTO PIENO

La sottoscritta \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
impegnata nel combattimento del \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
dichiara di:

- non avere in atto emorragie vaginali diverse dal flusso mestruale;
- non avere in atto disturbi genito - urinari;
- di non aver subito traumi e/o interventi chirurgici recenti;

Dichiara inoltre di avere effettuato un test di gravidanza (non anteriore ai 14 giorni antecedenti l'incontro) presso un Laboratorio di Analisi il \_\_\_\_\_

con esito negativo come da referto allegato.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'atleta \_\_\_\_\_

Per presa visione del medico (specialista in medicina dello sport) che effettua la visita pre - gara.  
Timbro e firma \_\_\_\_\_

**Da consegnare, in busta chiusa indirizzata alla Federazione, al Commissario di Riunione che la allegherà al verbale di riunione.**