



FEDERAZIONE  
PUGILISTICA  
ITALIANA

*Il Settore Sanitario*  
Prot. n. 634 /mml

Roma, 26 Marzo 2018

Ai Comitati e Delegazioni Regionali

Ai Delegati Provinciali di Trento e  
Bolzano

Alla F.M.S.I.

Ai Medici Fiduciari Regionali

e p.c. Al Settore Nazionale FPI

## COMUNICATO N. 20 DEL 26 MARZO 2018

### **Oggetto: modifica ai moduli "Visita di controllo dopo fermo medico dei pugili AOB e PRO"**

Con la presente si rende noto che il Consiglio Federale, su indicazione della Commissione Medica Federale, ha approvato alcune modifiche e integrazioni apportate ai moduli "Visita di controllo dopo fermo medico dei pugili AOB e PRO".

Tenuto conto che per essere reintegrati all'attività i pugili dovranno produrre esclusivamente il modulo "Visita di controllo dopo fermo medico" firmato da uno Specialista in Medicina dello Sport (preferibilmente lo stesso che ha rilasciato il certificato) e che al Settore Sanitario non dovranno più giungere copie di referti di esami strumentali, si è ritenuto necessario aggiornare l'attuale modulo di visita di controllo dopo fermo medico.

La nuova modulistica entrerà immediatamente in vigore e sarà pubblicata sul sito web nell'area riservata al Settore Sanitario.

Cordiali saluti.

*Il Segretario Generale*  
Dott. Alberto Tappa

**FEDERAZIONE PUGILISTICA ITALIANA**

Viale Tiziano, 70 - 00196 Roma

Tel. 06 32824204/5 - fax 06 32824250 - [segreteria@fpi.it](mailto:segreteria@fpi.it) - [fpi.it](http://fpi.it)

Partita Iva 01383711007



FEDERAZIONE  
SPORTIVA NAZIONALE  
RICONOSCIUTA  
DAL CONI



## Visita di controllo dopo fermo medico dei pugili AOB

Atleta..... nato/a a .....  
il ....., residente in .....  
....., sconfitto/a prima del limite in data .....  
con il verdetto di .....

Il sottoscritto Dott. ....  
presa visione del verbale redatto, degli accertamenti e/o esami prescritti dal medico di bordo ring e  
dell'eventuale verbale di dimissione di pronto soccorso

### CERTIFICA

che a seguito della visita medica di controllo da me effettuata e di eventuali altri accertamenti che ho  
ritenuto necessari, del referto dell'EEG (obbligatorio per DM 18 febbraio 1982), dell'eventuale verbale di  
dimissioni dal Pronto Soccorso e, in caso di rifiuto di ospedalizzazione, di effettuazione di una RM cerebrale  
eseguita in data ....., l'atleta ..... **può riprendere**  
l'attività sportiva agonistica del pugilato fino alla **scadenza del certificato di idoneità precedentemente**  
**rilasciato**, e cioè fino al ..... (riportare la data di scadenza del certificato in corso di validità).

Luogo e data .....

Timbro e firma del Medico dello Sport

.....

**Da trasmettere al Settore Sanitario della FPI per la reintegrazione all'attività agonistica a cura dell'atleta**



## Visita di controllo dopo fermo medico dei pugili PRO

Atleta..... nato/a a .....  
il ....., residente in .....  
....., sconfitto/a prima del limite in data .....  
con il verdetto di .....

Il sottoscritto Dott. ....  
presa visione del verbale redatto, degli accertamenti e/o esami prescritti dal medico di bordo ring e  
dell'eventuale verbale di dimissione di pronto soccorso

### CERTIFICA

che a seguito della visita medica di controllo da me effettuata e di eventuali altri accertamenti che ho  
ritenuto necessari, del referto dell'EEG (obbligatorio per DM 18 febbraio 1982), della RM cerebrale eseguita  
in data ..... (obbligatoria solo in caso di sconfitta per KO) e dell'eventuale verbale di  
dimissioni dal Pronto Soccorso, l'atleta .....  
**può riprendere l'attività sportiva agonistica del pugilato PRO fino alla scadenza del certificato di idoneità  
precedentemente rilasciato, e cioè fino al ..... (riportare la data di scadenza del certificato in  
corso di validità).**

Luogo e data .....

Timbro e firma del Medico dello Sport

.....

Da trasmettere al Settore Sanitario della FPI per la reintegrazione all'attività agonistica a cura dell'atleta