

MODULO PER REFERTARE EVENTUALI BLACK-OUT (BO) IN OCCASIONE DI GARE DI APNEA

Manifestazione: _____

Data: _____

Luogo: _____

Medico di Gara: Dott.re/Dott.ssa _____

Specialista in: _____

Atleta: _____

Società di appartenenza: _____

Specialità: _____

Diagnosi:
è incorso in: (es. B.O., altro) _____

causa:
apnea prolungata: _____

altro: _____

Provvedimenti:

a) non necessita di ulteriori accertamenti

per le seguenti motivazioni: _____

b) necessita di ripetere la visita di idoneità agonistica

per le seguenti motivazioni: _____

In fede.

Dott.re /Dott.ssa

Firma

Timbro