



## Verbale di sospensione medica a seguito di KO/TKO/ABBANDONO per colpi alla testa

Il sottoscritto Dott. ....

visto l'art 9, comma 14, dello Statuto Federale (Norme di Tutela Sanitaria), che stabilisce:

*“Sia nelle competizioni dilettantistiche che in quelle Pro, l’atleta che per colpi alla testa subisce una sconfitta prima del limite (KO, KO Tecnico, abbandono) ... deve obbligatoriamente sospendere, per un periodo minimo di trenta giorni, l’attività sportiva, anche di allenamento, delle MMA e di altre discipline in cui sono previsti colpi alla testa. L’atleta che per colpi alla testa subisce tre sconfitte prima del limite (KO, KO Tecnico, abbandono) nell’arco temporale di 12 mesi, deve sospendere l’attività sportiva, anche di allenamento, per un periodo minimo di 12 mesi. Il periodo di riposo inizia automaticamente dal giorno del combattimento. Dopo il periodo di riposo l’atleta non può riprendere in alcun modo l’attività agonistica se non dopo essersi sottoposto a visita di controllo che dovrà riportare la dicitura che è stato effettuato un elettroencefalogramma (EEG) risultato nei limiti. ... Responsabili del rispetto del periodo di sospensione dell’atleta e di tutte le norme di tutela sanitaria della Federazione e del CONI sono l’atleta stesso e il Presidente e l’Insegnante Tecnico della sua società sportiva di appartenenza”;*

considerato che nell’evento .....

tenutosi a ....., il .....

l’atleta.....

nato/a a ....., il .....

è stato sconfitto/a prima del limite per colpi alla testa con il verdetto di:

- KO
- TKO
- ABBANDONO

comunica che il suddetto atleta dovrà obbligatoriamente rispettare il sotto indicato periodi di sospensione dall’attività sportiva:

- 30 giorni
- 12 mesi (se l’atleta ha subito 3 KO/TKO/abbandono per colpi alla testa nell’arco degli ultimi 12 mesi)

Luogo e data

Timbro/firma del Medico Sportivo

**Il medico di gara deve compilare e firmare il presente documento, consegnarne una copia all’atleta e inviarne una copia alla e-mail federale: [info@figmma.it](mailto:info@figmma.it)**



### Visita di controllo dopo fermo medico

Atleta ..... nato/a a .....  
il ..... sconfitto/a prima del limite per colpi alla testa, in data  
....., con il verdetto di [ ] KO / [ ] TKO / [ ] ABBANDONO.

Il sottoscritto Dott. ....  
presa visione del verbale redatto in data ....., degli accertamenti e/o esami prescritti  
dal medico di gara 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) e dell'eventuale verbale di  
dimissioni dal pronto soccorso l'atleta .....,  
può riprendere l'attività sportiva agonistica delle MMA fino alla scadenza del certificato di idoneità  
precedentemente rilasciato, e cioè fino al .....

Luogo e data

Timbro/firma del Medico Sportivo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Il presente documento deve essere compilato e firmato dal Medico Sportivo e portato dall'atleta in sede di gara insieme al certificato medico di idoneità all'attività agonistica.***