

**Autocertificazione richiesta visita medica specialistica idoneità sportiva in esenzione ticket  
Atleta portatore di Handicap**

Alla Struttura di Medicina dello Sport \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante della  
Società/Associazione Sportiva Dilettantistica \_\_\_\_\_ con Sede in

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

affiliata col n. \_\_\_\_\_ alla Federazione \_\_\_\_\_ codice \_\_\_\_\_,  
acquisito il consenso (genitoriale/tutoriale in caso di soggetti minorenni) alla pratica della sotto  
indicata disciplina sportiva ed all'effettuazione degli accertamenti sanitari previsti, nonché quello al  
trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva,  
secondo le modalità previste dalla specifica normativa in materia (D. Lgs 196/2003 e s.m.i. – Reg. UE  
2016/679)

**consapevole**

- delle sanzioni penali, ex art 76 DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti  
falsi;

- della decadenza immediata, dall'eventuale beneficio acquisito, in caso di presentazione di documenti falsi o non  
più rispondenti alla realtà;

**chiede**

l'effettuazione (D.M.04/03/93), in regime di esenzione ticket (D.G.R. n. 23/58 del 18.07.02), di una  
visita medica specialistica per l'idoneità alla pratica sportiva:

- ☐ non agonistica  
☐ agonistica tabella A del DM 18.02.1982  
☐ agonistica tabella B del DM 18.02.1982  
☐ agonistica tabella B del DM 18.02.1982 (per atleti età maggiore 40 anni)

della disciplina sportiva \_\_\_\_\_ per l'atleta \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ riconosciuto

portatore di handicap con verbale n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da:

☐ Commissione Medica n° \_\_\_\_\_ della ASL n° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

☐ Commissione Medica INPS di \_\_\_\_\_

trattasi di: ☐ prima visita; ☐ rinnovo certificazione con scadenza il \_\_\_\_\_

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma e Timbro del Legale Rappresentante della Società** \_\_\_\_\_

**N.B. Omissioni o incompletezze nei dati forniti compoteranno l'archiviazione della richiesta**

**Dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000**

L'atleta, il genitore e/o il tutore (in caso di minore età), **dichiara**, ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000, di  
usufruire, per la prima volta, nell'anno solare, della prestazione in regime di esenzione, ivi richiesta.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante** \_\_\_\_\_

**Riservato alla Struttura di medicina dello Sport** \_\_\_\_\_, visita effettuata in  
data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Il Responsabile Sanitario della Struttura \_\_\_\_\_