

**Autocertificazione richiesta visita medica specialistica idoneità sportiva in esenzione ticket  
Atleta minorenni**

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 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. 18/2/82, Circ. Min. Sanità 31/01/83), 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

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

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 comporteranno l'archiviazione della richiesta**

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

Il genitore e/o il tutore dell'Atleta **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 \_\_\_\_\_