

**Autocertificazione per richiesta effettuazione visita medica specialistica idoneità sportiva agonistica in esenzione ticket – 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 alla pratica della sopraindicata 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 196/03 e s.m.i. – Reg. UE 2016/679 e s.m.i.)

**consapevole**

- delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000;
- che in caso di presentazione di documenti falsi o non più rispondenti alla realtà, decadrebbe immediatamente dall'eventuale beneficio acquisito;

**chiede**

l'effettuazione (D.M. 04/03/93), in regime di esenzione ticket (D.G.R. n. 23/58 del 18/7/02), di una visita medica specialistica per l'idoneità alla pratica agonistica della disciplina sportiva \_\_\_\_\_ per l'atleta \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Riconosciuto portatore di handicap con verbale n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato dalla

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

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

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

Firma e Timbro del Legale Rappresentante della Società

\_\_\_\_\_

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

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

**Riservato alla Struttura di Medicina dello Sport \_\_\_\_\_**

Visita effettuata in data \_\_\_\_\_

Il Responsabile Sanitario della Struttura