

**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 _____