



**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 _____