

CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA AI FINE DELLA VALUTAZIONE DI IDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' LUDICO MOTORIE O SPORTIVE AMATORIALI INDIVIDUALI (DM 22 agosto 2022, art. 1, comma 2)

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE IL BENEFICIO DI CUI AL DM 22.08.2022:

NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale _____

residente a _____ () in via / piazza _____ n. __ CAP _____

e-mail _____ tel _____

Si segnala che il richiedente il beneficio dichiara di:

praticare già attività motorie o sportive amatoriali individuali (specificare la disciplina sportiva):

non svolgere attualmente alcun tipo di attività motoria o sportiva amatoriale individuale.

Indicare la tipologia di attività motoria o sportiva amatoriale individuale che il richiedente dichiara di voler praticare

Dettagliare la tipologia di protesi o ausilio _____

Sulla base della visita da me effettuata certifico che il soggetto sopra identificato non presenta controindicazioni allo svolgimento di attività ludico motorie o sportive amatoriali individuali, con adeguato supporto tecnico o protesico.

Il presente certificato ha validità esclusivamente per le finalità previste dal DM 22 agosto 2022.

NOTE _____

RIFERIMENTI DEL MEDICO COMPILATORE

NOME _____ COGNOME _____

Luogo e data

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO
