

Autocertificazione per richiesta effettuazione visita medica specialistica idoneità sportiva agonistica in esenzione ticket – Minorenne

Al Servizio Prevenzione e Promozione della Salute ASL Cagliari

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 sottoindicata 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 all'art.76 del DPR 445/2000;
- del fatto 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. 18/2/82, Circ. Min. Sanità 31/01/83), 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 minorenne _____

nato a _____ il ___/___/_____ residente in _____

Via _____ n. _____ tel. _____ C.F. _____

trattasi di: prima visita; rinnovo certificazione con scadenza il _____

Firma e Timbro del Legale Rappresentante della Società

Luogo _____ Data _____

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

Riservato alla ASL Cagliari

Autorizzazione n° _____ del _____ validità 60 gg.

Servizio Prevenzione e Promozione della Salute
Il Direttore
Dott.ssa Silvana Tilocca

Il Dirigente Medico