

**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 dal-  
la 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 vi-  
sita 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