

ALLEGATO A.2

CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA AI FINI DELLA VALUTAZIONE DI IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ 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 _____ 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
