

Autocertificazione richiesta visita medica specialistica idoneità sportiva in esenzione ticket
Atleta con disabilità – D.M. 04.03.1993

Al Dipartimento di Integrazione Ospedale-Territorio

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. 18.02.82, 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:

agonistica tabella B del D.M. 04.03.1993

della disciplina sportiva _____ per l'atleta _____
nato 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 _____