

AZIENDA USL TOSCANA

**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 _____

C.F. _____ residente a _____

in _____

e-mail _____ tel. _____

Si segnala che il richiedente il beneficio dichiara di:

- ☐ praticare già attività motorie o sportive amatoriali individuali (dettagliare la disciplina sportiva: _____);
- ☐ non svolgere attualmente alcun tipo di attività motoria o sportiva amatoriale individuale.

Dettagliare 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

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO
