**Dipartimento di Prevenzione SC Prevenzione e Promozione della Salute**

**Medicina dello Sport**

# Autocertificazione richiesta visita medica specialistica idoneità sportiva in esenzione ticket Atleta minorenne

Alla Struttura di Medicina dello Sport

Il sottoscritto PISU FERDINANDO legale rappresentante della Società/Associazione Sportiva Dilettantistica BASKET CLUB SAN SPERATE A.D. con Sede in \_\_SAN SPERATE Via\_NORA n.\_17 tel.\_329/4046247 \_

Email \_basketclubsansperate@gmail.com PEC basketclubsansperate@legalmail.it affiliata col n. alla Federazione F.I.P. codice\_014301 \_ 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. 18/2/82, 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:

non agonistica

agonistica tabella A del DM 18.02.1982 agonistica tabella B del DM 18.02.1982

della disciplina sportiva \_PALLACANESTRO per l’atleta nato/a a il , residente in , via

n. tel. C.F.

trattasi di:

prima visita;

rinnovo certificazione con scadenza il

**Luogo e data** SAN SPERATE il / /

# 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 \_ \_ \_

**Riservato alla Struttura di medicina dello Sport** , visita effettuata in data / / Il Responsabile Sanitario della Struttura