

ALLEGATO 4

**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 (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 _____



RIFERIMENTI DEL MEDICO COMPILATORE

NOME COGNOME

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO
