

**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 _____

MAIL _____ CELLULARE _____

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO
