CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA CHE RILASCIA IL CERTIFICATO

Alla Società/Associazione sportiva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E P.C.

Alla Regione Abruzzo  
Dipartimento Sanità  
dpf010@regione.abruzzo.it

**CERTIFICATO DI NON IDONEITA’ ALL’ATTIVITA’ SPORTIVA AGONISTICA**

L’ATLETA

Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sport per cui è stata richiesta la visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Società/Associazione sportiva di appartenenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC della Società/Associazione o del Rappresentante legale:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A seguito degli accertamenti sanitari previsti dalla visita medica di valutazione idoneità alla pratica sportiva del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, viene dichiarato **NON IDONEO**

Luogo e data di rilascio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Lo Specialista in Medicina dello Sport