RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL’ELENCO DEI MEDICI DELLO SPORT

REGIONE ABRUZZO

**Al Servizio Prevenzione Sanitaria,**

**Medicina Territoriale - DPF010**

**Regione Abruzzo**

**dpf010@pec.regione.abruzzo.it**

**e p.c.**

**Al Servizio Accreditamento e**

**Accordi Contrattuali - DPF018**

**Regione Abruzzo**

**dpf018@regione.abruzzo.it**

**Servizio Programmazione**

**Socio-Sanitaria – DPF020**

**dpf020@pec.regione.abruzzo.it**

**Al Dipartimento di Prevenzione AUSL**

**(competente per territorio)**

**…………………………………………….**

\_l\_ sottoscritt\_ Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_

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

recapito telefonico fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA:**

*ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000*

* di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto all’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver conseguito la specializzazione in Medicina dello Sport presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;

**CHIEDE:**

di essere iscritto all’ **Elenco degli specialisti in Medicina dello Sport** operanti presso gli ambulatori privati e/o gli studi privati regionali, istituito con la Legge Regionale 23 giugno 2020 n. 15 con attribuzione del **Codice Regionale Identificativo di Riferimento** (**CRIR**) per svolgere l’attività di Medico certificatore di idoneità all’attività sportiva agonistica presso:

\*(ripetere la dichiarazione per ciascuna sede in cui il professionista opera – pag. 10 allegato alla DGR 562/2021)

lo studio di cui è……………………….…. (titolare/associato) oppure l’ambulatorio di Medicina dello Sport \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ livello…………..

con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_, recapito telefonico (dello studio/ambulatorio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email/PEC (dello studio/ambulatorio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizzato all’esercizio di attività di Medicina dello Sport dal Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Atto Autorizzativo del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ N. Protocollo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;

**SI IMPEGNA:**

a comunicare tempestivamente al Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo ogni variazione agli stati, qualità personali e fatti oggetti della presente dichiarazione.

Si allega copia di un valido documento di identità.

Ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003 n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e successive modifiche ed integrazioni autorizzo il trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse all’espletamento del procedimento relativo alla presente istanza e la pubblicazione dei dati relativi alle sedi presso le quali svolgo l’attività di certificatore di idoneità all’attività sportiva agonistica.

Luogo e Data Firma