



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

ALLEGATO A.2

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 _____ 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 _____

LUOGO e DATA _____

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO _____