



LOGO ASL

Allegato 1 – Mod.1

Procedura di avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili, ortesi e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica – D.M. 22 AGOSTO 2022

SCHEMA PER CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

C.F. _____ residente a _____

in _____ e-mail _____

tel. _____

AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA _____

Si segnala che il paziente 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 paziente dichiara di voler praticare

Sulla base della visita da me effettuata certifico che il paziente risulta idoneo allo svolgimento di attività ludico motorie o sportive amatoriali individuali, con adeguato supporto tecnico o protesico.

Per soggetti amputati di arto inferiore, certifico che il paziente ha la capacità di praticare attività sportive ed altre attività ad elevato impatto muscolare e fisico (K4).



LOGO ASL

NOTE

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO
