

mod.2

**Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi a tecnologia avanzata per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica**

**Schema per Certificazione Medico Sportiva**

Dati anagrafici del paziente

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

Azienda ULSS 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).**

Note \_\_\_\_\_

luogo e data

FIRMA e timbro del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_