

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
