



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato 7

REGIONE MARCHE – SERVIZIO SANITÀ
AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE MEDICA PER
L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITÀ ALLA PRATICA
SPORTIVA AGONISTICA
VIA A. BOCCONI, 28 - 60100 ANCONA

Il sottoscritto.....
nato a.....prov..... il ..
residente a via.....
appartenente alla Società Sportiva.....
affiliata alla Federazione.....
per la pratica dello sport.....
essendo stato dichiarato non idoneo all'attività sportiva da parte del Dott.....
della Z.T. ASUR N.o del Centro di Medicina dello Sport ..
.....
come risulta dal certificato allegato.....
chiede di essere sottoposto a visita collegiale per il riesame del giudizio negativo ai sensi del D.M. 18.02.1982.
Fa presente che nel corso del procedimento sarà assistito dal Dott.....

Firma del ricorrente

.....

Il sottoscritto Dott..... accetta di assistere il ricorrente nel corso del procedimento di revisione.

Firma del medico

.....

.....il.....

N.B. il ricorso avverso l'esito negativo della visita medico sportiva per l'accertamento dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica deve essere inviato alla Commissione con raccomandata entro trenta giorni dall'emissione della certificazione.

Il ricorso in caso di atleta minorenni deve essere firmato da chi ne esercita la potestà genitoriale.

lc