Alla Regione Abruzzo
Dipartimento Sanità
dpf010@pec.regione.abruzzo.it

Al Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Atleta)
Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_\_
CAP \_\_\_\_\_Città\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICATO DI NON IDONEITA’ ALL’ATTIVITA’ SPORTIVA AGONISTICA**

L’ATLETA

Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sport per cui è stata richiesta la visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Società/Associazione sportiva di appartenenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC della Società/Associazione o del Rappresentante legale:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A seguito degli accertamenti sanitari previsti dalla visita medica di valutazione idoneità alla pratica sportiva del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, viene dichiarato **NON IDONEO** per Diagnosi di:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente comunicazione viene (barrare l’opzione scelta):

□ consegnata a mano in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ all’atleta che firma per accettazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma atleta)

□ inviata all’atleta a mezzo raccomandata A/R

□ inviata all’indirizzo PEC dell’atleta

Luogo e data di rilascio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Lo Specialista in Medicina dello Sport

**NOTA INFORMATIVA:**

DM 18/02/1982 art. 6: «*Qualora a seguito degli accertamenti sanitari di cui all'art. 3 risulti la non idoneità alla pratica agonistica di un determinato sport, l'esito negativo con l'indicazione della diagnosi posta a base del giudizio (omissis) viene comunicato, entro cinque giorni, all'interessato ed al competente ufficio regionale.*

*Alla società sportiva di appartenenza viene comunicato il solo esito negativo*».

Art. 10 LR 15/2020: Avverso al giudizio di non idoneità può essere inoltrata istanza di ricorso alla Commissione Regionale d’Appello nei termini di legge, ai sensi del DM 18/2/1982 “Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica”, con raccomandata A/R indirizzata al Dipartimento Sanità Regione Abruzzo, Via Conte di Ruvo 74 Pescara o con comunicazione inviata all’indirizzo PEC dpf010@pec.regione.abruzzo.it