

**MODULO
PER LA RICHIESTA
DI CERTIFICAZIONE
PER L'ATTIVITÀ
SPORTIVA AGONISTICA
AD USO INDIVIDUALE
(L.R. 35/2003)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

CHIEDE

di poter effettuare una visita di Medicina dello Sport per il rilascio della certificazione di idoneità alla
pratica AGONISTICA dello sport _____

AD USO

- BANDO DI CONCORSO (Ministero Difesa/Accademia Militare/Arruolamento/etc.)
- LICENZA CSAI (Automobilismo)
- ALTRO (Partecipazione attività a titolo individuale/etc.)

- Prima affiliazione
- Rinnovo
- Visita di controllo ai sensi dell'Art.4 della L.R.T. 35 09/07/2003

Dichiara che l'attività praticata rientra nello sport agonistico a norma della L.R.T. 35 del 09.07.2003

Data _____

Firma atleta _____



UFC/UOC
MEDICINA DELLO SPORT

Presidio

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>
o scansionando il QR code a margine

