



Bollo

All'ASL n. 5 Spezzino  
S.C Igiene e Sanità Pubblica  
SS Strutture Sanitarie  
Dr.ssa Anna Maria Di Capua  
Via Fiume n. 137 La Spezia

**Oggetto:** istanza di autorizzazione per il rilascio della certificazione di idoneità all'attività Sportiva agonistica ai sensi della L.R. 6/9/1984 n°46 e successive modifiche ed integrazioni " Tutela sanitaria delle attività sportive".

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

pec : \_\_\_\_\_

specialista in Medicina dello Sport chiede ai sensi dell'art. 5 della L.R. 46/84 e successive modifiche ed integrazioni, l'autorizzazione al rilascio della certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica per gli atleti residenti ovvero domiciliati per motivate ragioni di tesseramento sportivo, nell'ambito territoriale di competenza di codesta ASL.

A tal fine dichiara, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

1) Di avere conseguito la specializzazione in medicina dello sport presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ e conseguito in data \_\_\_\_\_

2) che la sede del rilascio della certificazione in argomento viene individuata presso l'Ambulatorio/Presidio Sanitario sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ autorizzato ai sensi della L.R.20/99 o successiva legge regionale n. 9/2018 con provvedimento del Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

3) di disporre dei seguenti spazi e attrezzature:

---

---

---

---

4) di essere in condizione di compatibilità, ai sensi delle vigenti normative;

5) di essere consapevole che ai sensi della L.R. 46 /1984 e successive modifiche e integrazioni l'efficacia dell'autorizzazione è subordinata alla iscrizione nell'elenco dei medici autorizzati ;

ed inoltre si impegna:

1) Ad operare esclusivamente presso le tre sedi operative previste dalla legge regionale n. 9 del 27 luglio 2018 e che sono attualmente le seguenti ..... di cui si allega autorizzazione e nomina. (Tali sedi saranno precisate nell'elenco dei medici autorizzati a svolgere l'attività certificatoria nell'ambito del territorio regionale fatto salvo diversa espressione della Amministrazione Regionale).

2) ad effettuare personalmente l'accertamento di idoneità all'attività sportiva agonistica nei giorni \_\_\_\_\_

Negli orari \_\_\_\_\_

3) ad avvalersi dei medici specialisti per l'esecuzione degli esami specialistici integrativi previsti dalle tabelle A e B del D.M. 18/2/1982; ai fini del rilascio della certificazione;

4) a designare qualora più medici specialisti in medicina dello sport operino presso la struttura, quale direttore tecnico, per il coordinamento delle attività, il Dr \_\_\_\_\_ (si allega lettera di accettazione debitamente sottoscritta);

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega:

- Autocertificazione del possesso dei requisiti formativi ( curriculum con specializzazione in medicina dello sport) ;
- Certificazione di iscrizione all'ordine dei medici di data non anteriore a tre mesi;
- Documento di identità in fotocopia;
- Autorizzazione del presidio presso il quale si richiede l'autorizzazione;
- Copia delle autorizzazioni e delibere di nomina delle altre sedi presso le quali il richiedente è stato già autorizzato;