

(Marca da bollo € 14,62)

ALLA COMMISSIONE REGIONALE DI
REVISIONE DEGLI ACCERTAMENTI
SANITARI PER LA PRATICA SPORTIVA
AGONISTICA (art. 12 L.R. 32/80)

REGIONE EMILIA ROMAGNA
DIREZIONE GENERALE SANITA' E
POLITICHE SOCIALI

Viale Aldo Moro, 21

40127 BOLOGNA

Il sottoscrittonato a

(cognome e nome)

Ilresidente a

via..... n. tel.

società sportiva d'appartenenza.....

(denominazione ed indirizzo)

presenta ricorso avverso il giudizio di non idoneità alla pratica agonistica dello
sport..... rilasciato
da.....

..... in data

e notificatomi in data a norma dell'art. 6 del D.M. 18.02.1982.

Data,

Firma

(se trattasi di minore va aggiunta anche la firma del genitore)

Firma

Si allega copia del certificato di non idoneità sportiva agonistica

IL RICORSO VA PRESENTATO ENTRO 30 GIORNI