



**Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica**

**MODELLO PER IL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIE SPORTIVE**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

Si segnala che il paziente dichiara di:

- praticare già attività motorie o sportive amatoriali individuali (dettagliare la disciplina sportiva: \_\_\_\_\_);
- non svolgere attualmente alcun tipo di attività motoria o sportiva amatoriale individuale.

Dettagliare la tipologia di attività motoria o sportiva amatoriale individuale che il paziente dichiara di voler praticare \_\_\_\_\_

**Sulla base della visita da me effettuata certifico che il paziente risulta idoneo allo svolgimento di attività ludico-motorie o sportive amatoriali individuali, con adeguato supporto tecnico o protesico.**

**Per soggetti amputati di arto inferiore, certifico che il paziente ha la capacità di praticare attività sportive ed altre attività ad elevato impatto muscolare e fisico (K4).**

NOTE

---

---

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO

---

---